Tome I. — N° 5 Mai 1957

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

UNE FORMULE DE REEDUCATION : LA SEMI-LIBERTE

PAR

Ph. PARROT et Mlle GUENEAU (de Bordeaux)

Pendant longtemps, à quelques exceptions près, les centres de rééducation n'ont été en France que des maisons de correction et de redressement d'inspiration plus coercitive qu'éducative...

Mais depuis une vingtaine d'années, sous l'impulsion donnée par quelques esprits généreux et clairvoyants, un magnifique mouvement est né dans notre pays en faveur d'une réforme complète des méthodes employées (Chazal, 1953, *in* « L'enfance délinquante »).

Il est certain qu'on a pu assister depuis le début du siècle à un véritable bouleversement des méthodes éducatives. Les différentes techniques et disciplines concernant l'enfance se sont développées parallèlement d'une façon étonnante. Il est difficile même de dire maintenant qui sont les pionniers. En effet, du fait d'une évolution historique précipitée par les événements politiques, le nombre des inadaptés n'a cessé de croître. Il fallait s'occuper de ces enfants. D'autre part, même dans le cas des enfants normaux, la famille n'était plus seule à exercer une action éducative : la fréquentation scolaire est devenue obligatoire, la mère de famille a souvent été obligée d'abandonner son foyer pour le

bureau ou l'usine, confiant ses enfants à des organismes d'Etat ou à des œuvres privées. Des spécialistes ont ainsi été amenés de plus en plus nombreux à se pencher sur le problème de l'enfance, simplement parce qu'un besoin était né. La nécessité, à elle seule, a pu susciter un intérêt. Mais les données scientifiques surtout ont contribué à l'accélération du progrès : l'importance des toutes premières années pour la formation et le développement futur des névrosés, les méthodes thérapeutiques pour enfants, ont incité les spécialistes à éclairer les parents sur l'acheminement de leur enfant, de son état d'enfant à l'état d'homme, et, dans les institutions, à favoriser par des mesures de remplacement la même progression naturelle.

En même temps, se propageaient les méthodes d'exploration psychologique. Les premières échelles de mesure étaient nées pour discriminer les enfants aptes à recevoir un enseignement normal et les « arriérés », auxquels il fallait adapter un enseignement spécial. On s'aperçut que l'intelligence n'était pas une entité qu'on pouvait si facilement isoler. D'autres facteurs, d'ordre affectif notamment, pouvaient agir sur le développement intellectuel. De nouvelles techniques apparurent pour faire des sortes de bilan de la personnalité. Ces techniques psychologiques ont beaucoup contribué à la spécialisation des maisons de rééducation : centres pour caractériels, débiles, etc...

Les pédagogues, de leur côté, travaillaient à constituer une science nouvelle. Ils réfléchirent sur leurs résultats, leurs tâtonnements et leurs échecs et confrontèrent leurs opinions. Ils s'aperçurent qu'en matière d'éducation, si l'amour était indispensable, il devait cependant être éclairé. Peu à peu, naquirent les écoles de cadres, et des méthodes pédagogiques particulières furent appliquées dans les différents établissements chargés de la rééducation des enfants. De grands progrès, cependant, restent à faire : en neuro-psychiatrie infantile, en psychologie, enfin en pédagogie où se fait particulièrement sentir la carence de maîtres formés et présentant des qualités humaines indispensables au bon exercice d'une profession qui, par ailleurs, cherche encore son statut.

Mais un grand pas a été franchi ces dernières années, c'est celui d'une prise de conscience : « En éducation, chacun peut avoir de l'intuition, mais on ne voit clair qu'à plusieurs », dit le Dr Robin. Aussi est-il indispensable de constituer des équipes de « psycho-pédagogie-médico-sociale », suivant la formule du Professeur Lafon.

L'évolution a fait naître ces équipes. A leur tour, ces équipes continuent d'activer l'évolution de la rééducation. C'est bien grâce à un travail d'équipe qu'il a été possible à M. Chazal d'écrire que : « La rééducation du mineur délinquant exprime, en général, une triple action menée à l'égard du sujet. Action thérapeutique : il faut lui appliquer les thérapeutiques médicales et psychologiques (psychothérapie individuelle et de groupe), de nature à améliorer son comportement. Action professionnelle : il faut le mettre en état de gagner sa vie en lui faisant effectuer, après sa scolarité, l'apprentissage d'un métier, souvent même en menant de front la formation professionnelle et l'enseignement scolaire, le plus grand nombre des adolescents délinquants étant en retard dans leurs études. Action éducative, enfin, tendant à obtenir l'intégration du sujet dans les structures sociales. » Donc, au lieu d'une punition, d'une discipline imposée extérieurement par des gardiens autoritaires, rééducation est devenue synonyme de réadaptation. Réadapter un mineur délinquant, c'est s'efforcer, « dans toute la mesure du possible, à l'insérer dans la société en favorisant son épanouissement, en provoquant en lui des prises de conscience, en lui faisant vivre activement des situations... La rééducation nous paraît donc avoir trois aspects essentiels, le déconditionnement du jeune délinquant, son reconditionnement et enfin sa "personnalisation" » (Chazal).

Pendant longtemps, l'internat a été la seule formule existante. S'il permettait le déconditionnement du jeune délinquant par le simple fait du retrait du milieu familial, il posait bien des problèmes en ce qui concernait le reconditionnement. On avait retiré un enfant d'un milieu nocif ou traumatisant pour le plonger dans une vie de groupe, mais il était difficile de supprimer à ce groupe son caractère pathologique. La vie en internat présentait également d'autres carences : elle était organisée en milieu clos, coupée de la vie réelle. L'enfant d'internat n'avait pas le moyen d'exercer sa liberté, ni de se frotter aux difficultés quotidiennes. Son besoin de sécurité était satisfait presque à l'excès. Il fallait songer au départ. L'enfant n'était pas de toute façon destiné à passer toute sa vie en internat. Mais alors qu'il avait déjà vécu de façon inadaptée, on le préparait à sa vie d'homme en le coupant des situations réelles où il lui serait possible de faire son apprentissage d'homme. A la sortie, les réactions étaient souvent catastrophiques. Certains mineurs étaient perdus et venaient supplier à l'internat qu'on les reprît. D'autres, au contraire, éprouvaient un vertige étourdissant devant la découverte

de la liberté totale. Ils en abusaient. Les mineurs avaient été déconditionnés de leur milieu initial, reconditionnés à la vie d'un groupe pathologique et à un rythme immuable qui ne laissait pas de place à l'initiative individuelle, à une vie par ailleurs irréelle. Ils n'étaient pas véritablement « personnalisés ».

C'est un peu pour pallier ces insuffisances que des Directeurs de Centres ont voulu ménager une étape de transition entre la vie d'internat et la vie libre, et « c'est ainsi que se sont créés peu à peu des Homes de semi-liberté, annexés ou rattachés à des internats » (Arcadias, *Homes et Foyers de semi-liberté. Rééducation,* novembre-décembre 1954). Il s'agissait d'une semi-liberté de transition. La formule nouvelle donna l'idée de créer des maisons autonomes, directement inspirée d'elle. A ces maisons, on a donné le nom de Foyers de semi-liberté. En réalité, Homes et Foyers ne se distinguent que par leur peuplement et leur aspect matériel. Alors que les Homes abritent des mineurs tous issus du même internat, les Foyers peuvent recevoir des jeunes provenant directement de leur famille, d'un Centre d'observation, d'un internat quelconque.

En France, un troisième groupe peut aussi se rattacher à la semi-liberté. C'est le groupe des « Internats ouverts », en réalité plus proches de l'internat classique que des Foyers. Ils sont peuplés d'enfants d'âge scolaire ou en apprentissage, dont la vie reste profondément insérée dans la collectivité des jeunes, bien que les classes ou l'atelier ne soient pas dans la maison. Mais, au dehors, ils ne prennent que leur formation intellectuelle ou professionnelle, sans participation à des activités extra-scolaires, culturelles, sportives, ou des loisirs qui les engageraient dans la vie ordinaire.

C'est le Foyer de semi-liberté autonome qui retiendra plus particulièrement notre attention dans cette étude. Une partie cependant des problèmes qu'il soulève se posent également aux Directeurs des Homes.

I. — Principes et méthodes en semi-liberté

En 1954, le Congrès de l'Union nationale interfédérale des Œuvres privées, sanitaires et sociales, définissait ainsi la semi-liberté :

« L'établissement de semi-liberté, créé généralement dans le cadre d'une Association régie par la loi de 1901, a pour but de recevoir des

jeunes gens ou des jeunes filles, en suppléant ou en remplaçant la famille dans son rôle éducatif et moral.

« Il assure le plus souvent, comme le ferait la famille, la vie matérielle de ses ressortissants, sans poursuivre sur ce plan aucun but lucratif.

« Ces ressortissants y recherchent une vie communautaire, dont les normes sont fixées par le règlement intérieur, auquel ils acceptent de se conformer. »

De cette définition sommaire et de l'origine elle-même, plusieurs principes se dégagent dont on peut faire trois chapitres :

A) *Vie réelle.* — Le Foyer de semi-liberté est original en ce sens qu'il vise à favoriser directement la socialisation de ses membres. Pour les socialiser, il ne les coupe pas de la vie réelle, mais les y plonge dès leur arrivée. Le mineur a sa vie à l'extérieur du Foyer. Il est inséré dans un groupe de travail, souvent même de loisir, en dehors du Foyer. Il doit vivre comme s'il était chez lui. Ses camarades de classe ou d'atelier ne doivent jamais soupçonner qu'il a un régime particulier. Cette manière de vivre fait partie intégrante de la formule. Par là, elle s'apparente à la formule de liberté surveillée. Il importe donc que le mineur jouisse d'une liberté assez grande dans ses trajets, et qu'il ait la possibilité de prendre des initiatives normales à sa condition de travailleur. Il est souhaitable, par exemple, qu'un jeune ouvrier puisse fêter la naissance du fils d'un de ses compagnons de travail, avec ses camarades d'usine, ou qu'il puisse, s'il le désire, assister à des réunions syndicales, même si elles ont lieu après le dîner. Une jeune fille étudiante doit pouvoir prendre une part personnelle aux activités extra-étudiantes de son milieu. Jamais le jeune ne devrait s'excuser en invoquant de faux prétextes qui camoufleraient, en fait, une interdiction du Foyer.

Il semble que cette insertion dans la vie réelle soit le meilleur remède au « complexe du Tribunal » dont souffrent si fréquemment les enfants de la Justice. Leur délit, les frustrations passées, le passage au Tribunal ou au Centre d'observation ont pu les marquer déjà suffisamment. Très souvent, les jeunes éprouvent une espèce d'angoisse de dévalorisation. Il semble que cette angoisse puisse être apaisée lorsqu'elle n'est pas entretenue. Lorsque le mineur se sent comme les autres, il devient un peu aussi comme les autres. Il convient donc que ceci soit vécu réellement. La normalisation des jeunes est considérablement aidée par la vérité de leur vie. Une demi-mesure risquerait de tout fausser. Car une vie de travailleur ne s'interrompt pas avec la

sirène de l'usine : elle est un engagement dans le monde. Cet engagement doit être le même pour un apprenti vivant dans sa famille ou en Foyer. Tous deux sont fondamentalement des ouvriers.

C'est dire que le Foyer de semi-liberté doit être extrêmement souple, en ce qui concerne les horaires notamment. Les Directeurs fixent en général l'heure de rentrée au moment du dîner. Il est de bon ton dans une famille que tout le monde soit là à table, ou prévienne s'il est retenu à l'improviste. Les jeunes du Foyer doivent sentir qu'ils peuvent faire la même chose.

La semi-liberté considère cette insertion extérieure du point de vue rééducatif. Elle est consciente des tentations que cela représente pour de jeunes inadaptés. Mais elle croit aux influences éducatives qui s'établissent à l'intérieur de la maison, et pense que les influences normales qui s'exercent de l'extérieur peuvent contribuer largement à la réadaptation, au reconditionnement des jeunes.

B) *Vie familiale du Foyer.* — Si les mineurs sont confiés à un Foyer, c'est parce que la famille présente des déficiences trop grandes ou que des conflits profonds opposent les deux blocs, parents-enfants. De toute façon, un substitut familial s'impose.

Il est probable que, dans la plupart des cas, les enfants ont éprouvé des difficultés dans leur famille naturelle. Ils ont été carencés affectivement. Leurs troubles de comportement sont apparus comme une suite réactionnelle à ces carences. Il importe donc de permettre à l'enfant de franchir les étapes affectives qu'il aurait dû franchir plus tôt, en particulier de le faire sortir du stade égocentrique où il se maintient généralement. Ceci ne peut s'opérer que dans un climat familial. Le Professeur Lagache signale une série de traits se rattachant à l'égocentrisme :

— « Incapacité de juger d'un problème moral en se plaçant à un point de vue autre que personnel.

— Défaut de considération pour les autres.

— Caractère partial et narcissique de buts et objets sexuels.

— Attitude critique et accusatrice envers autrui.

— Défaut du sens de la responsabilité et de la culpabilité, propension aux réactions d'innocence.

— Sentiment d'injustice subie. »

(*Cours international de criminologie*, 1952).

Un climat familial, mieux qu'une vie de groupe stricte, doit pouvoir détendre ces tensions agressives. La famille apporte normalement à l'enfant la sécurité et la solidarité, en même temps qu'elle permet à l'enfant de s'identifier au parent de même sexe que lui. A nos jeunes inadaptés, un climat familial peut donc être salutaire : il évitera des frustrations, permettra à chacun de tenir compte d'autrui et même d'arriver à s'intéresser à lui et à l'aimer. Il pourra également favoriser le passage à l'âge d'homme ou de femme.

L'idéal serait, au moins pour les garçons, un couple éducateur créant cette ambiance. Une présence féminine apporterait de la douceur, de la délicatesse jusque dans les détails matériels. L'image d'un couple réussi serait un excellent témoignage pour ces jeunes qui n'ont de l'amour qu'une connaissance défigurée. Cela peut poser des problèmes pour l'équilibre du couple, la sauvegarde d'une vie personnelle, mais semble opportun pour la rééducation.

Le caractère familial du Foyer fait en outre partie de l'insertion dans une vie réelle, la cellule familiale étant en effet la plus naturelle. Dans des détails même matériels, la réadaptation des jeunes peut en être favorisée : les jeunes filles peuvent prendre une part active dans la marche de la maison, comme elles le feraient chez elles. Elles assurent au moins l'entretien de leur chambre, peuvent faire la cuisine à leur jour de congé. Les garçons peuvent bricoler, réparer, faire le jardin, peindre, améliorer les locaux. Mais ces travaux ne doivent jamais être faits comme des corvées. Ils doivent être accomplis dans la joie, comme dans une famille il arrive que tout le monde fait la vaisselle parce qu'on est heureux d'être ensemble. Il vaudrait sans doute mieux que les jeunes ne prennent aucune part à la marche de la maison plutôt que de le faire avec contrainte. Le climat devrait les inciter à le faire spontanément.

C) *Education individuelle.* — La vie familiale du Foyer suppose un effectif restreint. Les Foyers groupent en général une vingtaine de jeunes au maximum. Pour des raisons d'équilibre budgétaire, il est pratiquement impossible de descendre au-dessous, mais si le nombre des pensionnaires est supérieur, il vaut mieux fractionner le groupe en sous-groupes autonomes, quitte à avoir un service administratif commun, pour réduire les dépenses.

L'effectif ne doit pas être seulement restreint à cause de l'ambiance souhaitable, mais surtout parce que l'éducation doit être

tout à fait individualisée. Pratiquement, chaque jeune mène une vie différente de celle du voisin. Il est confié au Foyer pour que l'éducateur chargé de sa réadaptation puisse avoir une influence profonde sur sa personnalité. Cette influence ne doit en aucun cas être du type autoritaire. Sinon, le jeune pourrait aussi bien la subir en groupe.

Elle doit s'exercer directement au moyen d'entretiens à chaque fois qu'il est nécessaire : lorsque le jeune le demande, après un incident, à un rythme à peu près régulier, pour faire le point de l'évolution. Ces entretiens doivent être de bonne qualité : l'éducateur doit rester neutre et ne pas s'engager affectivement vis-à-vis de son élève. Il doit aider le jeune à prendre conscience des mécanismes de conditionnement à l'inadaptation, et des possibilités de réadaptation. Mais son influence s'exerce aussi indirectement par la connaissance et la facilitation de l'insertion sociale. L'éducateur doit saisir, à l'aide d'une observation préalable, le milieu de travail le plus favorable à l'épanouissement de chacun de ses élèves, bien connaître les employeurs, les problèmes privés que le jeune peut rencontrer à tel endroit. Il doit parfaitement connaître, ou tout au moins se représenter, le milieu dans lequel il a vécu. Tout doit être vivant pour lui. Les dossiers doivent être parlants. L'observation est suivie tout au long de la cure de réadaptation. Elle doit porter sur tous les aspects de la vie du garçon ou de la fille : cela suppose évidemment des relations très suivies avec les employeurs, et même avec les relations que le mineur a pu se faire dans la ville. Les prises de contact avec les relations s'accompagnent, le cas échéant, d'une grande discrétion, car, il est bon de le répéter, l'entourage ne doit pas soupçonner en général que le mineur est soumis à un régime relevant de la Justice. L'observation doit porter sur toutes les situations que vit l'enfant : ses relations à l'intérieur du Foyer, sa réaction à l'arrivée d'un nouveau, ses réactions aux incidents, tout doit être noté, compris, confronté.

Des dossiers se constituent, non pour eux-mêmes, mais pour voir vivre et évoluer chacun des jeunes. Ils sont indispensables à la rééducation individuelle et à la notation du progrès de la socialisation.

On peut ajouter que cette éducation individuelle n'a toutes les chances de réussir qu'avec le consentement entier et l'adhésion totale de l'adolescent. Le climat familial ne peut s'établir sous le régime de la contrainte. La vie perd sa réalité lorsqu'elle est imposée. Enfin, l'influence éducative suppose entre l'éducateur et l'éduqué une acceptation réciproque.

Il est nécessaire que l'adolescent soumis au régime de la semi-liberté ait une connaissance suffisante du genre de vie qui l'attend. On ne perdra jamais son temps à lui expliquer des détails de vie qui lui permettront de se rendre compte de l'aspect positif de la formule : la prise en charge qu'il va faire vis-à-vis de lui-même. L'adolescent informé n'a pas à être surpris quand il vit au Foyer. Il doit seulement constater ce qui lui a été dit. Dans l'intérêt du mineur, des éducateurs et de la rééducation, il vaut sans doute mieux que le recrutement se fasse localement. La réinsertion est plus vraie, puisque l'adolescent aura vécu là où il est appelé à continuer de vivre. Il est plus facile à son éducateur de connaître son milieu véritable et d'exercer une influence parallèle sur la famille, quand celle-ci se trouve dans la région du Foyer. Enfin, la collaboration avec le Centre d'observation, le Tribunal, est aisée. Le mineur peut visiter le Foyer avant d'y vivre. Le Directeur du Foyer peut s'entendre de vive voix avec celui du Centre d'observation. Les chances de réussite sont toujours accrues quand la maison et le personnel sont connus de part et d'autre.

Les principes et les méthodes de la semi-liberté s'inscrivent déjà dans l'aspect matériel de la maison. Un Foyer ne ressemble pas à un modèle réduit d'internat. Il a sa physionomie propre.

Extérieurement, c'est une maison qui ne diffère en rien des maisons du quartier. On ne la remarque pas à cause de grilles ou de barreaux qui sont supprimés en semi-liberté.

L'intérieur est accueillant, familial. Chaque adolescent a sa chambre personnelle, ou, si les lieux sont trop exigus, il possède son « coin » dans une chambre à trois. De toute façon, c'est son domaine qu'il décore comme il veut et qu'il garde longtemps. Des changements perpétuels risqueraient d'accroître l'instabilité et d'accuser le complexe du déraciné. La décoration frappe parfois par son mauvais goût ou sa signification érotique. Il peut être bon d'en faire la remarque et de suggérer ce qui semble mieux correspondre à la personnalité du garçon ou de la fille. Mais le choix doit rester libre.

Le nombre des pièces communes varie d'un Foyer à l'autre. Une salle à manger est indispensable. Elle ne ressemble pas à un réfectoire, mais à une salle à manger de famille nombreuse, même avec plusieurs tables. La cuisine est claire, suffisamment pourvue pour que les jeunes filles, spontanément, aiment mettre la main à la pâte. Plusieurs maisons disposent d'une salle commune où les adolescents peuvent écouter la radio, tourner

des disques, tricoter, danser. Le Directeur a son bureau. Les chambres ou les logements du personnel sont évidemment à la même adresse. Un éducateur célibataire peut avoir sa chambre toute proche de celle des élèves. L'appartement des éducateurs mariés doit être plus indépendant : aile d'un pavillon par exemple, ou rez-de-chaussée avec bureau attenant.

La présence d'un jardin assure une bonne détente physique et morale. Un garage à vélos où se rangent également les instruments aratoires peut être utile. Une buanderie rend service aux Foyers de jeunes filles, bien que généralement le linge de maison soit lavé à l'extérieur. Mais chacune fait sa lessive personnelle.

II. — Les personnalités en semi-liberté

La semi-liberté a déjà soulevé beaucoup d'enthousiasme malgré sa nouveauté. En France, les premiers Homes datent de 1939. La guerre a interrompu l'évolution de la formule. Les Foyers ne se sont répandus qu'après 1945. Ils sont encore très peu nombreux. Le nombre de mineurs rééduqués en Foyers ne représente qu'une portion infime de l'enfance relevant de la Justice. A titre d'indication, notons qu'en octobre 1953, la ville de Lyon groupait 285 filles réparties en trois internats. La même ville ne comptait qu'un Foyer pouvant accueillir 26 mineures. Les proportions n'ont guère changé en trois ans et la ville de Lyon n'est pas une exception. Depuis quelques années, il semble que la distinction entre Home et Foyer tende à s'estomper : les Homes admettent parfois, dans la mesure où cela leur est possible matériellement, quelques mineurs ne provenant pas de l'internat annexe et pour lesquels une mesure de semi-liberté semble profitable. Du point de vue de la personnalité de leurs pensionnaires, le Home et le Foyer se ressemblent beaucoup. Les internats pourvus d'un Home annexé ne font pas bénéficier tous leurs mineurs sortants de l'étape de transition. Ils réservent les places à certaines personnalités ; ils remettent les autres directement en liberté ou les confient au régime de la liberté surveillée. La mesure envisagée dépend sans doute du « cas social », de la famille du mineur, mais ces facteurs interviennent d'une façon secondaire. L'élément déterminant, c'est la personnalité du garçon ou de la fille. Au Tribunal également, c'est ce facteur psychologique qui pousse le Juge des enfants à prendre une mesure en faveur de l'internat, de la liberté surveillée, du placement familial, ou de la semi-liberté.

Sous l'effet d'un enthousiasme excessif, certains spécialistes de l'enfance inadaptée ont pensé que la formule nouvelle faisait le procès définitif de l'internat. D'autres, au contraire, ont cru que les Foyers ne devaient leurs réussites qu'à la faveur d'un certain privilège de la part des magistrats : ceux-ci auraient confié les cas difficiles à l'internat et les cas bénins au Foyer. En réalité, ces deux optiques manquent également d'objectivité.

Il ne saurait être question de condamner l'internat qui a, à son actif, de nombreuses réussites. Il s'agit simplement de reconnaître ses limites qui peuvent, à l'opposé des principes fondamentaux de la semi-liberté, se grouper en deux traits : la coupure d'avec la vie réelle, la facilitation de l'identification à un groupe pathologique. Ces limites s'estompent d'ailleurs très souvent dans la pratique et visent plus spécialement l'ancien internat, proche encore du vieux pénitencier. A l'heure actuelle, il y a des internats où, par exemple, les mineurs ont la possibilité de se rendre compte des difficultés du marché du travail grâce aux offres qui leur sont faites et à l'ouverture d'esprit des moniteurs techniques. Certains arrivent à utiliser le groupe à des fins éducatives, en opérant un passage de la bande à l'équipe, qui constitue souvent une excellente psychothérapie collective.

Il ne s'agit pas davantage de ne risquer le jeu de la semi-liberté que dans les cas les plus faciles ; la semi-liberté peut convenir à certaines personnalités. D'autres bénéficieront d'un séjour en internat ou d'une autre mesure de Justice.

Du point de vue administratif, les élèves de Foyers de semi-liberté se répartissent ainsi :

— ordonnance de 1945 (délinquants) ;
— correction paternelle ;
— vagabondage ;
— assistance à l'enfance.

Ces quatre catégories sont aussi celles des autres mesures de sauvegarde. Il faut pénétrer l'intériorité psychologique de ces rubriques pour comprendre les critères de sélection, les uns négatifs, les autres positifs. Il est possible que l'avenir apporte des modifications notables aux premières données de l'expérimentation. Plus les Foyers seront nombreux, plus il sera possible de les spécialiser, donc d'en mettre à la disposition d'une gamme plus variée de personnalités. Mais, dans l'état actuel des choses, il semble pratiquement impossible d'admettre :

— des épileptiques : le problème de l'insertion sociale par le

travail serait en effet trop particulier. C'est le Centre spécialisé qui reste en mesure d'accueillir et d'adapter les jeunes épileptiques ;

— de gros débiles : cette fois, le problème de la limite se pose. Suivant la composition de l'équipe, il sera possible d'admettre des Q.I. de 0,70 ; parfois, il ne faudra pas descendre au-dessous de 0,85. Il semble que la grosse débilité soit une contre-indication. Dans une équipe de niveau intellectuel élevé, la débilité légère peut l'être aussi, à cause du danger d'isolement, du phénomène de bouc-émissaire ;

— des homosexuels : les incidents seraient à redouter aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur du Foyer ;

— certaines prostituées incapables de résister à la tentation du trottoir ;

— enfin, des psychopathes.

Par contre, l'expérience de quelques années prouve que la semi-liberté est indiquée dans certains troubles du caractère, même si ces troubles sont déjà graves. Parfois même, des états névrotiques avancés peuvent être améliorés. L'étude sommaire de deux observations situera la personnalité des mineurs en semi-liberté :

Observation 1. — Yolande G... Résumé de l'observation (Dr Le Moal, Chevilly).

Enfant abandonnée, confiée à l'âge de 8 mois en vue d'adoption. Son père mourut avant de pouvoir l'adopter. Sa mère se remaria, lorsque Yolande eut 7 ans, avec un veuf éthylique et violent. A partir de ce moment, le comportement de l'enfant se modifia. Elle se montra jalouse, ce qui irritait beaucoup son beau-père adoptif, et fut ainsi la cause de scènes violentes dans le nouveau ménage, à tel point qu'une procédure en divorce fut engagée...

Yolande est très indépendante, elle prend le contre-pied de toute autorité, se campe dans l'opposition ; frondeuse, elle suscite la dépression et la révolte chez les autres. Trop captative, elle est inévitablement frustrée et insatisfaite ; Yolande veut compenser par la coquetterie, veut étonner, et devient mythomane ; elle cherche pourtant à conserver l'estime et l'affection, et ment pour se disculper : « On falsifie ses notes, on intercepte ses lettres, ou on la déprécie... » Elle joue un personnage, mais reconnaît que ce n'est qu'une façade quand on lui montre qu'elle est comprise. Le sens moral n'apparaît pas profondément atteint ; les petits vols domestiques, les dettes en dehors, prouvent pourtant qu'il est facilement submergé. Au point de vue sexuel, elle n'aurait pas eu d'expérience, ni homo-, ni hétéro-.

OBSERVATION 2. — Gisèle F... Résumé de synthèse (Dr Le Moal).

Mère autoritaire, c'est elle qui assure la direction du foyer, mais qui fut faible avec cette enfant, dont elle a fait son idole : Gisèle fut allaitée jusqu'à 3 ans... Le sevrage a été tellement difficile qu'on a dû la confier à sa grand-mère. Elle fut reprise par ses parents, mais le couple a présenté de grandes carences éducatives. Gisèle apparaît comme une jeune fille « au cœur sec », qui ne sait pas aimer ; elle se dit elle-même incapable de tout élan... Pourtant, on saisit chez elle quelques éléments affectifs, ce qui prouve bien qu'on n'est pas en présence d'une inaffectivité, mais d'une affectivité inhibée.

On trouve chez Gisèle une grande émotivité, des tendances instables, des impulsions, et quelques tendances dépressives. Il existe d'autre part d'importants traits affectifs, et en particulier une hypertrophie du « moi » démesurée, qui se manifeste de façons multiples : opposition violente à l'autorité, désir farouche d'indépendance et de liberté, besoin de dominer ; suffisance, égoïsme, complaisance narcissique, désir de paraître, d'attirer l'attention, refus de l'infériorité et de l'échec, avec tricherie compensatoire, le tout faisant de Gisèle une jeune fille peu sympathique, chez qui on serait tenté de parler de tendances paranoïaques, mais elle n'a pas cette franchise brutale, cette droiture rigide du paranoïaque, au contraire, elle sait onduler et être aguichante.

La valeur du sens moral est difficile à apprécier en raison de l'état névrotique, la culpabilité relevant plus de mécanismes inconscients que de réactions conscientes.

Sa vie sexuelle a été d'une très grande richesse ; elle a eu plusieurs dizaines d'amants.

Intelligence très supérieure à la moyenne.

M. Chazal estime que la formule convient :

« 1° A tous ceux dont l'opposition, l'agressivité ou l'instabilité s'expliquent par des frustrations affectives, traumatismes de l'affectivité, ou par un sentiment d'infériorité ou de " différence ".

2° A ceux dont la délinquance s'explique par un manque de direction familiale, faiblesse parentale extrême, qui a fait de l'enfant un égocentrique profond.

3° Aux petits apathiques, ceux qui refusent l'effort, qu'il faut stimuler et invigorer. » (Arcadias).

On peut caractériser les personnalités de la semi-liberté d'une autre façon et pour ainsi dire par référence à la personnalité d'internat. Nous avons vu que le Foyer demande à ses ressortissants une adhésion personnelle, car la construction positive, c'est le sujet lui-même qui l'accomplit. Une des caractéristiques de ces

personnalités, c'est précisément cette possibilité de se prendre en charge. Cette possibilité suppose une bonne volonté, mais elle la déforme en ce sens qu'elle dépend de toute la structure de la personne psychologique et pas seulement morale. L'interne suit un mouvement : ses horaires sont prévus, son travail et ses loisirs aussi. Sans doute, les sanctions viennent-elles encourager ses efforts personnels, mais l'organisation elle-même lui échappe. En semi-liberté, au contraire, c'est l'élève qui prend ses initiatives, qui bâtit sa vie. Pour y arriver, il a besoin d'un « Moi » plus fort. Il semble que les « Moi faibles » soient une contre-indication. Il faut distinguer ceux qui peuvent être stimulés, consolidés, et ceux qui sont si faibles que la stimulation ne peut avoir prise sur eux. Ceux-ci ne peuvent vivre qu'en suivant le mouvement, la liberté leur fait peur : ils disent eux-mêmes qu'ils ne savent pas où ils vont.

Observation. — Une jeune fille de ce type a été confiée à un Foyer de semi-liberté.

Thérèse était fille et petite-fille de mère célibataire. Mise en nourrice jusqu'à l'âge de 7 ans, elle donnait entière satisfaction à ses parents nourriciers, qu'elle considérait, d'ailleurs, comme de vrais parents. Il semble qu'elle ait bénéficié chez eux d'une éducation de bonne qualité. A 7 ans, sa mère décida de la retirer, un peu par jalousie sans doute, craignant que sa fille ne s'attachât trop au substitut maternel. Elle fut mise en pension. Elle subit le choc en s'opposant d'une façon abandonnique. Son état de santé devint déficient, et on dut l'envoyer dans une école de plein air. Elle y resta jusqu'à 14 ans. Les enfants étaient mélangés, garçons et filles. Le directeur avait une personnalité très autoritaire. Il imposait une discipline stricte, parfois brutale. Thérèse s'efforça toujours de passer inaperçue, et de suivre le gros de la troupe. Le tout était de n'être jamais prise en faute. A 14 ans, sa mère la plaça comme vendeuse chez une patronne dont le mari et elle-même acceptaient de prendre moralement l'enfant en charge. Thérèse donnait satisfaction. Elle était bien plantée physiquement, mais se fatiguait vite. Au bout de quelques mois, sa mère renouvela sa conduite : elle voulut enlever sa fille et la placer ailleurs. Thérèse s'occupa alors d'une petite fille malade avec beaucoup de dévouement. Sa mère voulut la reprendre. Ce furent des disputes continuelles. Finalement, une assistante sociale suggéra à la mère de Thérèse de déposer une demande de correction paternelle. Thérèse fit un séjour dans un Centre d'observation. On lui trouva une intelligence normale (Q.I. 105), une instabilité psychomotrice et des tendances opposantes, qui incitèrent un placement en semi-liberté.

En fait, au Foyer, Thérèse était décontenancée. Elle n'avait que

16 ans, mais en paraissait plus. Psychologiquement, elle se caractérisait surtout par l'incertitude. Sa personnalité était celle d'un « mouton de Panurge ». Elle ne pouvait arriver à se décider pour choisir un métier. Il fallut que l'examen d'orientation professionnelle lui indiquât quelque chose de précis : le métier de coiffeuse. Elle allait et venait régulièrement à son travail, suivait souvent ses patrons le dimanche. Lorsqu'elle n'était pas invitée, il lui arrivait de rester seule au Foyer parce qu'elle ne s'était décidée à rien. Elle aurait aimé que quelqu'un prît toujours les initiatives à sa place. Quand un vent d'opposition soufflait dans la maison, elle suivait le mouvement, mais d'une façon passive. Elle revenait toujours avec les meneuses.

Il est à peu près certain que Thérèse perdait du temps en semi-liberté, et surtout prenait la place d'une autre mineure, qui aurait bénéficié plus qu'elle du régime. Un séjour de deux ans en internat lui aurait permis de se stabiliser, d'acquérir un mode de vie. Au bout de ce temps, une cure de transition aurait peut-être été bénéfique. Elle semblait prématurée à l'âge de 16 ans.

L'impossibilité de se prendre en charge peut avoir d'autres motivations que la faiblesse du Moi. Le Moi peut être structuré, mais, d'une façon tellement pathologique, que la liberté devient synonyme de jouissance. Les incidents se multiplient : vols, prostitutions, appartenance à des bandes. Il faut bien admettre que parfois la rééducation ne peut être que de la préservation... Ces sujets ne gagneraient pas beaucoup à un séjour en Foyer. Ils risqueraient, par contre, de faire une triste renommée à la maison, et l'étiquette serait dorénavant posée à tous les ressortissants.

Il y a par contre des « saturés d'internat » qui se réadaptent très bien en Foyer, alors que la vie en internat leur était devenue insupportable, du fait que leur personnalité forte y éclatait. La saturation par solidité de la personnalité constitue une indication positive.

III. — Particularités du groupe

La situation de l'internat est nette. Les adolescents qui lui sont confiés mènent une vie entièrement communautaire. Du lever au coucher, ils ne sont jamais autonomes. Ils dorment en dortoir, prennent leurs repas en réfectoire, vont en classe, suivent en groupe les ateliers de la maison, se distraient ensemble. Chacune de ces situations est vécue collectivement, sous la responsabilité d'un éducateur. Dans son groupe, celui-ci fait fonction de leader. Il s'apparente au type autoritaire, indépendamment de sa person-

nalité, en ce sens qu'il propose des activités et un but communs à ses membres. Il fait lui-même partie du groupe, mais pour le diriger. L'unité et la cohésion se font autour de lui. Il se peut qu'indépendamment de lui, un leader apparaisse et dirige le groupe, parfois même contre l'éducateur. Mais ce phénomène ne peut être qu'éphémère, car la structure de l'internat ne le tolère pas. L'éducateur est le chef du groupe et ceci constitue un des principes de l'internat qui mériterait à lui seul d'être développé. Il s'établit ainsi une prise de conscience vis-à-vis de soi-même et de son milieu. L'enfant peut réagir par rapport à un adulte normal qui lui enseigne ce qu'est la vie, et auquel il s'identifie. L'éducateur se sert du groupe, de son action sur le groupe, pour amener l'enfant « à se rendre compte qu'à côté des rapports d'homme à homme, il existe des rapports collectifs dans la poursuite d'un idéal commun et authentique » (Chazal).

En semi-liberté, l'éducation par le groupe présente des aspects plus particuliers, du fait que la structure du groupe est considérablement modifiée par rapport à celle de l'internat.

Suivant la définition de Krech et Crutchfield : « Un groupe est constitué par deux ou plusieurs personnes qui ont entre elles des relations psychologiques explicites... » Les critères positifs dont on se sert pour décider si une donnée d'individus constitue ou non un groupe psychologique se ramènent à deux principaux :

1° Tout membre d'un groupe doit comprendre dans son champ psychologique l'ensemble des autres membres, considérés en tant que groupe ; il doit pouvoir les traiter comme membres du groupe.

2° Les divers membres du groupe doivent être unis les uns aux autres par un système d'interventions dynamiques.

Les adolescents d'internat ou de semi-liberté ont incontestablement des relations psychologiques entre eux. Ces deux populations constituent donc des groupes. Mais les différences apparaissent à partir des critères, notamment du premier. Il semble que celui-ci soit valable en internat et qu'il ne le soit plus en semi-liberté. Deux raisons peuvent expliquer ce phénomène :

1° L'identification au groupe est moins nette en semi-liberté à cause de la diversité des engagements dans la vie. L'autonomie crée une situation récurrente en individualisant les besoins. Chaque adolescent est sans doute un membre du Foyer, mais il est en même temps un membre d'autres groupes : atelier, cours du soir, club sportif, équipe scoute, etc... En internat, au contraire,

il est uniquement un membre de ce groupe. « Le sentiment de collaborer à une entreprise commune » est incontestablement plus fort en internat. L'adhésion au groupe s'en ressent. D'autre part, les sentiments d'être inadapté est moins intensément vécu dans les Foyers. Tout contribue à ce que les jeunes le rejettent et, du même coup, vomissent leur inadaptation. Dispersés dans leurs occupations, ils tendent à ne pas considérer leurs camarades comme appartenant à un groupe dont chacun ne se sent pas uniquement le membre ; plongés dans la vie réelle, ils ne se reconnaissent plus seulement comme délinquants.

2° L'attitude de l'éducateur contribue au moins autant à rendre négatif le critère d'identification. « Les éducateurs acceptent d'unir étroitement leur vie à celle des adolescents qu'ils ont en charge, prennent leurs repas avec eux, organisent avec eux des veillées, célèbrent ensemble les fêtes et les anniversaires. » (Chazal). « L'éducateur doit s'insérer dans le groupe sans volonté de puissance, de la façon la plus naturelle possible. » (Arcadias).

On voit, d'après ces définitions, qu'en semi-liberté, le rôle de l'éducateur s'apparente au type démocratique. Il n'est plus un leader autoritaire, mais un individu parmi d'autres, avec sa vie propre. Le travail administratif qu'accomplit le Directeur, son souci d'aménager les locaux, ses relations extérieures, son travail intellectuel, son engagement familial, lorsqu'il est marié, apparaissent aux adolescents comme des appartenances à d'autres groupes que le Foyer. On peut se demander s'il ne serait pas bon que les éducateurs adjoints soient, eux aussi, engagés dans le monde du travail, à mi-temps par exemple. Car l'insertion dans la vie réelle doit être vraie. Un adolescent qui travaille est très sensible à l'image d'un adulte lui-même travailleur. Les inadaptés sont unanimes à refuser de considérer la tâche éducative comme un engagement de travailleur. En internat, on en voit beaucoup préférer leur moniteur à leur éducateur, simplement parce qu'il « sait travailler ». Ainsi, le Directeur, le ou les éducateurs-ouvriers, le personnel de service (cuisinière et lingère sont également « dans le coup »), et les adolescents vivraient ensemble dans une atmosphère familiale et démocratique.

Il est bien connu, à la suite des expériences de Lewis, Liffitt et White, que le groupe démocratique a l'avantage de réduire la tension et l'agressivité. Les membres sont plus indépendants du chef que dans un groupe autoritaire. L'expérimentation confirme les principes que la semi-liberté s'efforce de réaliser : éducation individuelle dans un climat de détente et d'amitié.

Il est pourtant indéniable que le groupe existe. Les échanges psychologiques s'établissent tout naturellement entre les différents membres, du simple fait que tous vivent sous le même toit. La même adresse fait l'unité. D'autres éléments s'ajoutent : tous les membres sont des adolescents ; ils sont tous travailleurs.

Des observations montrent que le groupe démocratique de la semi-liberté est animé par une dynamique. En particulier, des sous-groupes peuvent apparaître. Chaque sous-groupe ne se constitue pas au hasard, mais répond aux besoins de chacun de ses membres. Il dure ce que dure la satisfaction des besoins, se désagrège ensuite. On a pu remarquer, grâce à une plus grande cohésion, des échanges plus nombreux et plus profonds entre ses membres qu'entre ses membres et le reste du groupe. D'une façon générale, le sentiment du nous existe, sur un mode démocratique. Il permet aux membres de se décentrer d'eux-mêmes et d'acquérir à partir de situations réelles le sens social.

Le groupe démocratique en semi-liberté présente donc un caractère éducatif qu'il est bon d'encourager. Il est important pour la réadaptation de chaque sujet qu'il se sente membre de ce groupe en même temps que d'autres groupes, mais que le climat démocratique soit maintenu. L'acceptation d'un nouveau doit tenir compte des caractéristiques de l'équipe actuelle autant que du cas. Sinon, le nouveau peut être rejeté, et, de ce fait, maintenu dans l'inadaptation. Les Foyers en arriveront obligatoirement à se spécialiser : du point de vue de l'âge, du niveau intellectuel, du recrutement rural ou citadin, et enfin dans l'engagement professionnel. Les étudiants se trouvent toujours isolés au milieu d'une collectivité d'apprentis. Un adolescent de 15 ans risque de ne pas se sentir sur le même plan que son camarade de 18 ans. Nous avons déjà vu le danger que courait un Foyer à isoler un débile parmi ses élèves.

On assiste à des types de structuration un peu différents suivant qu'il s'agit de Foyers de garçons ou de jeunes filles.

D'une façon générale, le groupe est plus homogène chez les garçons. Le Directeur est un chef, dont les formations ne sont pourtant pas identiques à ce qu'elles peuvent être pour le chef d'un groupe d'internat. Sa fonction première est sans doute de faire « figure de père », à la fois du point de vue affectif et fermeté. Il est l'objet de l'identification, le modèle à imiter, l'adulte qu'on voudrait être. Il semble que les garçons éprouvent un besoin fondamental d'admiration, qu'ils sont naturellement prêts à transposer sur le chef du Foyer. Le Directeur-père est un

socialisateur puisque, dit le P^r^ Lagache, « le mécanisme de la socialisation est l'identification ».

L'éducateur en semi-liberté est aussi un organisateur. Mais, à la différence de son collègue d'internat, il n'est pas bon qu'il fasse appliquer ses initiatives et ses plans d'une manière autoritaire. Dans presque tous les Foyers de garçons, existe un « Conseil de maison », né spontanément. Il comprend généralement trois membres du groupe choisis par leurs camarades comme délégués. Ils expriment les vœux de la collectivité. Le Directeur ne prend aucune décision importante sans l'avis de ces légats, aussi bien en ce qui concerne la marche de la maison (décision à propos des vacances par exemple), que parfois un cas particulier : dernièrement, les légats d'un Foyer ont demandé à leur éducateur de laisser s'engager un de leurs camarades dont la réadaptation s'avérait le plus improbable. Comme dans toute République, les sujets demandent à leurs députés de les représenter véritablement. Ils sont déposés de leurs fonctions s'ils ne répondent pas à ce qu'on attend d'eux : par exemple, s'ils organisent un chahut ou font du bavardage à l'extérieur.

Grâce à ce Conseil de maison, le climat est vraiment démocratique. L'éducateur a la possibilité de faire formuler les besoins par les membres du groupe. Les membres du Conseil eux-mêmes font formuler les besoins des sujets. Ils assurent des fonctions à chacun. Grâce à ce système, chacun a « l'occasion de vivre, sans artifice et sans puérilisme, les situations dans lesquelles il est authentiquement engagé et dont ses éducateurs doivent lui faire progressivement acquérir la conscience » (Chazal).

Chez les jeunes filles, on constate une difficulté beaucoup plus grande à faire équipe. La condition de la femme s'y prête moins. Elles cherchent moins à admirer, à s'identifier qu'à être remarquées. Ainsi, un Conseil de maison est-il pratiquement impensable. Les déléguées chercheront d'abord des égards particuliers, des faveurs de la part de la Directrice. Les autres seront jalouses de ces « chouchoutes ». Il semble aussi que leur mentalité soit plus égocentrique. Elles sont moins sensibles que les garçons à l'intérêt général. Les besoins particuliers de l'une d'elles sont aperçus pour chacune par référence à elle-même plutôt que par référence au sujet en cause. Chacune pense davantage à sa satisfaction personnelle qu'aux autres. La tâche de l'éducatrice est délicate. Elle doit miser sur les potentialités affectives des filles dont elle a la charge et les rendre positives, altruistes, accueillantes, alors que les jeunes inadaptées tendent à assouvir leurs

frustrations affectives passées dans la haine, la rancœur et la jalousie. Sa tâche sera d'autant plus délicate qu'elle est femme, donc considérée par ses adolescentes, qui connaissent la vie, comme une rivale, celle qui peut plaire plus qu'elles-mêmes et qui peut entraver leurs conquêtes. Elle aura à surveiller la qualité des transports dont elle sera l'objet. Car, si les garçons se virilisent en admirant un « père », les filles risquent de dévier leur orientation sexuelle en s'attachant affectivement à une femme. L'éducatrice en semi-liberté doit garder une attitude très neutre et rester pour ainsi dire extérieure à la vie des filles. Elle représente la stabilité, occupe une position latérale comme objet de transfert. Ainsi, elle permet à l'adolescente d'acquérir le sens de l'oblativité.

On voit que le rôle de l'éducateur et celui de l'éducatrice en semi-liberté ne cessent de décroître à mesure qu'avance la rééducation. On peut dire que celle-ci s'achève lorsque l'élève peut se passer de la tutelle pédagogique. Il y arrivera d'autant mieux que l'intervention n'aura jamais été despotique, mais lui aura permis de s'exprimer et de prendre conscience de soi. Cela suppose chez les spécialistes de la semi-liberté une connaissance approfondie des besoins de l'enfant et de l'adolescent, une connaissance précise du monde du travail.

Sans exiger du futur éducateur de Foyer qu'il ait exercé une profession, il serait bon qu'il ait « baigné » quelque temps dans la vie professionnelle. Aussi bien serait-il souhaitable qu'il fasse un stage d'une certaine durée, deux mois au moins, dans une entreprise industrielle ou commerciale. Sans donner à l'élève-éducateur une véritable connaissance du monde du travail, un tel stage lui permettrait tout au moins de se familiariser avec les difficultés qui sont celles des mineurs dont il aura à s'occuper.

Cela demande surtout des qualités humaines très grandes : les adolescents doivent sentir un « être » au sens plein du terme, c'est-à-dire un adulte dont les relations humaines sont vraies, naturelles, solides, et objectives. L'éducateur sera aidé par une analyse même sommaire de ses conduites. Il y aurait grand intérêt à ce que les écoles de cadres assurent quelques entretiens aux futurs éducateurs dans le but de leur faire prendre conscience de leur manière de réagir. Mais le peuvent-elles ? Sinon, cette tâche pourrait revenir au médecin psychiatre attaché au Foyer, sous forme de thérapie de soutien, au grand bénéfice de l'éducateur et des élèves. L'éducateur serait rendu plus libre dans ses relations humaines. Il permettrait à ses élèves de faire pour leur compte l'apprentissage de leur liberté.

IV. — L'apprentissage de la liberté

L'éducation en semi-liberté, comme en internat ou en liberté surveillée, vise à laisser l'adolescent au stade de l'homme social et libre. Libre, il peut le devenir par son travail et sa capacité à organiser ses loisirs. Ce sont là deux problèmes-clés qui se posent au délégué et à l'éducateur. De leur réussite peut dépendre la réussite de la rééducation. La semi-liberté permet d'effectuer un apprentissage dans un milieu réel, mais elle doit compter avec l'inadaptation des sujets qui n'ont pu être maintenus dans leur famille.

A) *Le travail.* — La première question à résoudre sera celle de l'orientation. Les mineurs viennent le plus souvent d'un Centre d'observation. Un examen d'orientation professionnelle a été subi. S'il ne l'a été, il devra l'être. Dans ce domaine, il faut être réaliste, tout en dépassant l'immédiat. Un orienteur peut, en effet, conseiller une profession d'après les aptitudes, mais tient-il toujours compte de la personnalité du sujet ? L'éducateur ne devra pas négliger le rapport médico-psychologique et, si besoin est, il lui faudra vérifier les conclusions de l'examen déjà subi. Il arrive qu'un adolescent ne puisse être placé là où l'orientation le conseille parce que son niveau scolaire est trop déficient. Il est des cas où il y a moyen de rattraper le temps perdu, mais à chaque fois il faut bien voir si on ne risque pas d'en perdre un peu plus. On doit tenir compte des goûts autant que des aptitudes. L'éducateur ne doit cependant pas être démagogue : il est dangereux qu'un instable devienne chauffeur de voitures, même s'il en a le désir très vif. Il faut pressentir ce que sera devenu l'adolescent à sa sortie de Foyer. Cela entraîne parfois à courir des risques : une jeune fille, considérée comme perdue, a été réadaptée après ses études d'infirmière, qu'elle a entreprises avec le niveau du C.E.P.

Les Directeurs de Foyers doivent s'attacher au problème des débouchés. Ils ont à connaître le marché du travail dans leur région et son évolution possible. Trop souvent, à la sortie des Centres, des mineurs pourvus d'un C.A.P. n'arrivent pas à trouver du travail dans leur spécialité. Chez les filles, c'est de nouveau le danger de la prostitution ou des professions qui y conduisent, serveuses de bar, ouvreuses de cinéma. Chez les garçons, la tentation du vol, de la paresse. Chez les uns et chez les autres, la frustration, la déception, le sentiment qu'on les a trompés, le maintien dans l'instabilité et l'amertume.

Dans le problème de l'orientation professionnelle, on retrouve tout l'avantage qu'il y a à ce qu'un Centre d'observation envoie ses élèves à un Foyer voisin. Le Directeur du Foyer peut s'entretenir de vive voix avec l'orienteur, confronter ses vues et celles du Directeur du C.O. Il y a intérêt à rééduquer des élèves de la région géographique, pour lesquels le problème des débouchés sera déjà connu.

Après l'orientation, il faut résoudre la question du mode d'apprentissage. Le but est le plus souvent de mettre les jeunes en mesure de gagner leur vie le plus vite possible dans une profession qui offre des sécurités suffisantes pour l'avenir.

Envisager un cycle de trois ans, quelquefois plus, dans l'enseignement technique, est une gageure. La « Formation professionnelle accélérée » rend par contre de grands services. L'éducateur doit songer à ce qu'à la sortie, les jeunes aient un rendement normal pour trouver de l'embauche. Il y aura intérêt souvent à faire appel aux artisans. Mais des questions se posent : un patron refuse parfois des apprentis de plus de 17 ans à cause de l'augmentation des charges sociales. D'autres préfèrent les grands adolescents dont la force est supérieure. L'éducateur court le risque de signer un contrat que l'instabilité de son élève ou ses mauvais résultats peuvent amener à rompre. Toutes ces questions sont délicates. Elles ne peuvent être résolues que si l'éducateur possède sur la place une gamme étendue d'employeurs (il peut stabiliser un instable pendant quelques mois à un endroit, avant d'entreprendre un apprentissage avec contrat ailleurs).

En semi-liberté, tous les adolescents doivent travailler. Un Directeur disait dernièrement qu'il n'acceptait un garçon qu'après lui avoir trouvé du travail. Nous avons déjà dit l'importance du travail dans l'insertion sociale du jeune.

Comment présenter l'inadapté dont le rendement risque, du moins au début, d'être bien entravé ? La question est résolue différemment suivant les Foyers. Les patrons n'ont pas à soupçonner que le jeune relève d'une mesure de Justice. Mais, honnêtement, il est quelquefois obligé de mentionner la lenteur ou l'instabilité du futur apprenti. L'idéal serait de trouver un nombre suffisamment grand de patrons qui acceptent de sacrifier un peu leur marché par souci éducatif, sans étiquette défavorable, ni paternalisme. « Tout régime de faveur à leur égard risquerait de retarder leur réinsertion dans la société. » Les rapports avec les employeurs constituent une part importante de l'activité des

éducateurs. Ils doivent constater les progrès réalisés, les difficultés d'apprentissage rencontrées. L'adolescent doit sentir de l'intérêt de la part de son éducateur qui va trouver son patron. Il importe que l'éducateur éprouve véritablement cet intérêt. Il serait désastreux que l'enfant se sente « espionné ».

L'éducateur doit songer aux distances, dont l'excès est une cause de fatigue et une tentation, parfois irrésistible, cause d'incidents. Certains quartiers devront être évités en raison de leur promiscuité.

Le travail met directement le jeune dans des situations concrètes : l'usine ou la boutique, les relations humaines qu'il engendre, les problèmes qu'il pose. Il permet à l'adolescent de gagner un salaire dont la gestion a un intérêt éducatif certain. Qu'ils soient salariés ou non, les mineurs de la semi-liberté doivent disposer de petites sommes pour leurs dépenses personnelles : rouge à lèvres, cinéma, cigarettes, etc...

Il est bon que les mineurs qui gagnent un salaire normal ne bénéficient pas d'un argent de poche excessif. Des Directeurs de Foyers établissent ainsi le budget individuel :

— ils laissent 10 % ou 15 % du salaire à la disposition du mineur, mais fixent le plafond à 1.000 francs par semaine ;

— ils donnent une somme aux défavorisés qui ne gagnent encore rien ou n'ont que des primes d'encouragement.

Suivant le travail fourni, la somme est fixée à 300 ou 400 francs par semaine.

Les éducateurs s'attachent à ce que le mineur au Foyer mène un style de vie comparable à celle qu'il mènera à sa sortie. Ils gèrent ensemble son salaire :

— 45 % sont prélevés comme participation à l'entretien ;
— 30 % pour le renouvellement du vestiaire ;
— 15 % d'argent de poche ;
— 10 % à l'épargne.

Ces chiffres demandent parfois à être assouplis. Un apprenti ne peut souvent pas produire 45 % de son salaire pour l'entretien. Un employé de bureau ou un ouvrier spécialisé peuvent quelquefois donner plus.

On voit la valeur éducative de cette prise en charge financière : le mineur apprend la valeur de l'argent ; il n'a pas le sentiment d'être entretenu et se sent plus libre. A sa sortie, il ne sera pas

grisé par l'entière disposition de son argent. Il sera habitué à prévoir ses dépenses, parfois même à longue échéance. Par le travail, il saura qu'il peut améliorer son existence.

B) *Loisirs.* — La question des loisirs est aussi épineuse que celle du travail. En internat, les loisirs sont organisés à l'intérieur. En liberté surveillée, le délégué aide son pupille à organiser les siens librement. En semi-liberté, les deux aspects se trouvent. La difficulté consiste à ne pas trop insister sur les uns au détriment des autres. Il vaudrait mieux toutefois exagérer l'importance des loisirs extérieurs que ceux pris à l'intérieur du Foyer.

Loisirs à l'intérieur. — Ils sont destinés à apporter une détente nécessaire en dehors des heures de travail et doivent être caractérisés par l'ambiance sympathique et familiale qui anime le Foyer. Presque tous les Foyers ont un pick-up, des jeux, une table de ping-pong, une bibliothèque. Il peut y avoir des possibilités de jardinage. Les jeunes filles apprennent la couture, la cuisine, le ménage, le repassage.

La présence de l'éducateur est précieuse dans ce domaine. C'est à lui que revient la fonction de susciter des intérêts éducatifs. Là encore, il ne doit rien imposer, mais amener les adolescents à exprimer leurs besoins. Cette tâche est difficile, car les inadaptés aiment naturellement se plonger dans la littérature et les illustrés pornographiques. Il y a toute une éducation esthétique et morale possible par les loisirs, mais combien pénible ! C'est encore au Foyer que revient l'organisation des vacances d'été. Le souci des cadres doit être d'enrichir ses adolescents et de leur proposer un niveau compatible avec leur condition sociale. Plusieurs Foyers ont des réussites à leur actif : exploration à l'étranger ou d'une province française. Le voyage doit être préparé à l'avance.

Loisirs à l'extérieur. — On peut dire qu'à eux seuls, ils intéressent l'initiative personnelle en semi-liberté. L'éducateur peut intervenir en tant que conseiller, mais il n'interdit jamais, ni n'ordonne quoi que ce soit. Sa tâche va consister à amener les adolescents à choisir eux-mêmes des loisirs sains et éducatifs, en rapport avec leur métier. Il faut que les jeunes des Foyers arrivent aux mêmes loisirs que leurs compagnons de travail. La difficulté présente des aspects différents suivant qu'il s'agit de Foyers de jeunes filles ou de garçons. Les jeunes filles sont à la recherche d'un compagnon qui les emmène au dancing, leur offre des cigarettes, le cinéma. Elles manquent souvent de discerne-

ment dans leur choix d'un tel partenaire : quelques-unes fréquentent une fête foraine, se font remarquer sur les autos-tamponsreçoivent des billets gratuits qu'ensuite elles doivent payer comme on pense. D'autres recherchent les loisirs d'un milieu supérieur au leur. Le Foyer peut arriver à une transformation de leur mentalité par les loisirs. Aux uns, il fera découvrir le scoutisme et changera ainsi l'agressivité en découverte d'un idéal généreux. Aux autres, il leur montrera l'épanouissement du sport féminin, la valeur d'un cercle d'amitié. D'autres apprécieront la nature.

Les garçons ont des intérêts naturels à endiguer de la même façon : certains aiment jouer le dimanche au café ou dans les maisons de jeux ; d'autres s'étourdissent auprès des filles.

Les éducateurs ont à opérer de véritables circuits nouveaux. Leur influence auprès des jeunes doit amener les élèves à prendre conscience des valeurs réelles de leur personnalité et à exploiter ces valeurs, dans les loisirs. Mais les loisirs peuvent aussi être un moyen de découvrir ces valeurs. Si bien que l'organisation des loisirs extérieurs au Foyer est à la fois le critère du stade de réadaptation en même temps qu'un moyen de réadaptation.

Le but est d'arriver à ce que spontanément le jeune trouve des intérêts et qu'il soit capable de s'y donner, indépendamment de la tutelle du Foyer. On sent quelle peut être la difficulté des cadres dans ce domaine ! Au début, il leur faudra épauler les nouveaux, les entourer et les amener petit à petit à devenir autonomes.

Certains Foyers organisent des sorties par petits groupes. D'autres préfèrent une insertion individuelle. Il semble que cette seconde tendance soit préférable en semi-liberté. L'insertion doit amener un épanouissement total de l'être, aussi bien sous son aspect social qu'intellectuel et affectif. Il est bon que l'éducateur connaisse les loisirs que prennent ses élèves. Ils peuvent en parler ensemble et opérer des prises de conscience. Mais l'influence ne peut porter ses fruits que dans un climat de confiance et d'acceptation réciproque.

V. — Action thérapeutique

Toute action éducative est, si l'on veut, thérapeutique. Il s'agit de faire d'un malade social un individu adapté. En semi-liberté, l'action thérapeutique revêt un double aspect. Elle présente un

aspect social de par la formule même basée sur l'insertion dans la vie réelle. Elle est également individuelle. L'influence de l'éducateur est de ce point de vue une véritable thérapie individuelle. Elle joue le rôle d'un catalyseur très salutaire à la réadaptation sociale de l'enfant. Il peut arriver que certains jeunes soient tellement névrosés ou inadaptés que l'insertion sociale soit difficile et l'action pédagogique à elle seule inefficace. Ces jeunes relèvent des soins d'un psychothérapeute, qui applique un traitement uniquement psychologique, ou, à la fois, psychologique et médicamenteux. Les rapports du psychothérapeute et de l'équipe pédagogique doivent être fréquents. Une action autonome semble impensable. Le psychothérapeute apporte des éclaircissements à l'éducateur et lui conseille une action, d'après son investigation dans la psychologie de profondeur. Mais l'éducateur apporte au psychothérapeute les situations vécues de l'enfant. C'est en faisant équipe qu'ils verront clair. Ils mettent en commun leur opinion sur l'orientation générale de la maison.

Les psychothérapies ont plus de chance d'être menées à bien en semi-liberté qu'en internat. En internat, elles prennent trop d'importance dans la vie des mineurs. Elles peuvent être l'objet de jalousie entre ceux qui n'en bénéficient pas et ceux qui en bénéficient. Elle amènent parfois des modifications pédagogiques difficilement compatibles avec la vie en collectivité. En semi-liberté, ces inconvénients n'existent pratiquement pas. Il semble souhaitable que les jeunes se rendent au cabinet du spécialiste plutôt que de subir un traitement à domicile.

Conclusion

La rééducation dans les Centres pose toujours le problème de la post-cure. On a vu des récidivistes simplement parce qu'à la sortie de l'internat, l'adolescent se sentait seul. Personne ne continuait de s'intéresser profondément à lui. Le sevrage était brutal. En semi-liberté, les dangers sont très atténués. Ils persistent néanmoins. Quand peut-on dire qu'un inadapté est tout à fait guéri ? Certains Foyers ont commencé d'annexer à leur œuvre un Hôtel de jeunes où ceux-ci se prennent entièrement en charge, mais où ils savent qu'un « délégué » est à leur disposition s'ils ont besoin de lui. Il semble que cette formule soit excellente. Ainsi, depuis son entrée au Foyer, l'adolescent devient de plus en plus autonome. Mais il n'est jamais isolé, même à sa sortie. On peut toujours craindre que subsiste une certaine « fra-

gilité ». Pourtant, tout est mis en œuvre pour que chacun trouve la possibilité de former sa personne et de fortifier son « Moi » :

insertion dans la vie réelle ;
climat démocratique ;
prise en charge personnelle ;
initiative dans le travail et les loisirs ;
possibilité d'une thérapie individuelle.

La grande originalité de la semi-liberté a été de tenir compte des besoins de l'adolescent et de satisfaire ses besoins d'une façon très normale : la vie par la vie.

ENSEIGNEMENTS TIRES DE LA PNEUMOENCEPHALOGRAPHIE DANS LES DEMENCES PRECOCES

PAR

MM. A. MANCEAUX, Ch. BARDENAT, Y. PELICIER et G. PASCALIS

L'intérêt des documents radiologiques obtenus après encéphalographie gazeuse chez les malades mentaux est maintenant bien établi. J. Delay et P. Desclaux (1945) ont montré la fréquence des images d'atrophie cérébrale au cours des démences. Huber (1953), Santagoti et de Sanctis (1952) ont systématiquement étudié l'encéphalographie gazeuse au cours des schizophrénies.

Ces recherches fournissent un contexte radiologique à des affections pour lesquelles les explorations complémentaires restent souvent négatives ; elles permettent de le confronter avec les faits anatomiques et histologiques. Lafon (1955), en particulier, a insisté à juste titre sur les possibilités d'erreurs d'interprétation et la fréquence des artefacts au cours de la pneumoencéphalographie. A condition, toutefois, d'employer une technique précise et toujours semblable, d'apprécier objectivement les images radiologiques, les documents obtenus sont valablement comparables.

Dans le travail qui fait l'objet de cette note, nous avons étudié quarante dossiers encéphalographiques de malades atteints de démence précoce. Leurs âges s'échelonnent de 17 à 36 ans, l'ancienneté de la maladie, de 6 mois à 5 ans, sauf pour un cas évoluant depuis 14 ans. Tous ont séjourné plusieurs mois à la Clinique Neuro-Psychiatrique de la Faculté d'Alger, ce qui a permis de poser avec certitude le diagnostic clinique, et de procéder à des examens complémentaires méthodiques.

L'étude comparative clinique et pneumoencéphalographique a permis de révéler une corrélation significative entre certains aspects radiologiques et les formules cliniques des démences précoces.

I. — Répartition des cas et technique

Nos déments précoces (leurs âges et leurs aspects cliniques nous font conserver ce terme générique) ont été groupés sous les rubriques classiques :

catatonie (6 cas) ;
forme paranoïde (5 cas) ;
démence de type Morel (6 cas) ;
schizophrénie simple (12 cas).

A ces 29 cas de formes typiques et restant inchangées pendant toute leur évolution, s'en ajoutent 11 de formes complexes, démences précoces associant dans un même tableau clinique ou présentant au cours de leur évolution des éléments empruntés aux différents syndromes classiques.

Les uns et les autres seront définis ultérieurement.

La technique employée a été la suivante :

Après une prémédication énergique, le contraste gazeux est obtenu par injection d'ozone par voie lombaire, selon la méthode d'insufflation fractionnée. On retire environ 100 centimètres cubes de liquide céphalorachidien, et on injecte des quantités correspondantes de gaz. Pour chaque malade, on prend deux clichés de profil, droit et gauche, un cliché front-plaque, un oblique à 45°, un cliché occiput-plaque. On réalise une cysternographie, en début d'injection.

Nous avons retenu comme images de pneumatisation anormale :

— pour le cortex, une visibilité anormale des sillons corticaux avec un élargissement d'au moins 2 millimètres, un éloignement de la corticalité par rapport à la paroi osseuse de 4 mm. ou plus ;

— pour le système ventriculaire, nous n'avons tenu compte que des cas où le diamètre horizontal de la projection frontale du troisième ventricule était au moins de 4 mm. : images ballonnisées, le plus souvent ;

— les dilatations des ventricules latéraux ont été appréciées comme les précédentes, par comparaison avec les images obte-

nues sur des encéphalographies normales ; nous avons retenu comme dilatations de ces cavités des augmentations de moitié de leurs diamètres.

II. — Résultats

Voici le détail des observations cliniques et radiologiques :

A) Six de nos malades étaient catatoniques.

C'est-à-dire présentant le tableau de la catatonie franche au sens de Kahlbaum, ou seulement, mais au premier plan de la symptomatologie, des éléments de ce tableau : persévération des attitudes, aspect figé, barrages moteurs ; décharges brusques ou stéréotypies motrices.

Ils présentaient tous des images de pneumatisation ventriculaire : cinq d'entre eux avaient une dilatation du troisième ventricule ; le sixième montrait une dilatation des citernes de la base. L'un des malades avait de plus une dilatation des ventricules latéraux et du quatrième ventricule. Chez deux seulement de ces malades, on observait une pneumatisation corticale frontale, l'un étant le malade déjà cité avec dilatation des citernes, l'autre un des malades qui, dans notre série, avait la plus longue évolution (trois ans et demi).

B) Cinq de nos malades étaient paranoïdes.

Ils extériorisaient un délire important, ayant débuté en règle par une expérience délirante primaire, avec des hallucinations auditives et visuelles, sans altérations notables du comportement moteur.

Ils avaient tous des images de pneumatisation corticale, diffuses pour quatre d'entre eux, électivement frontales pour deux autres, frontale associée à une dilatation globale du système ventriculaire pour le cinquième.

Ce malade de 34 ans, ayant présenté trois ans auparavant une infection indéterminée, extériorisait depuis un an un délire absurde, à base cénesthésique, à thème de transformation d'organes. Il y avait 20 éléments dans son liquide céphalorachidien.

C) Six de nos malades présentaient des démences de type Morel.

Leur adaptation sur le plan psychologique, intellectuel et moteur, n'avait jamais été satisfaisante ; ils se sont acheminés progressivement vers un déficit global. Cette forme se superpose dans notre classement à la débilité mentale évolutive.

Ils avaient tous des images radiologiques de pneumatisation ventriculaire, exclusive pour trois d'entre eux, associée à une pneumatisation corticale pour les trois autres, frontale dans un cas, et diffuse dans deux.

D) Douze de nos malades étaient des schizophrènes simples.

Chez eux dominaient la dissociation et l'autisme, sans que le délire ou les altérations du comportement moteur prennent les aspects mentionnés plus haut. Il s'agissait en somme essentiellement de « perte de contact vital avec la réalité », avec relative conservation des possibilités intellectuelles, apparaissant dans l'adolescence ou l'âge adulte chez un individu dont le développement psychomoteur était jusque-là apparemment normal.

Ils présentaient des images de pneumatisation beaucoup moins systématisées :

— trois d'entre eux n'avaient aucune image anormale ;

— trois avaient une pneumatisation frontale élective ;

— deux associaient une dilatation du troisième ventricule et une atteinte corticale, frontale chez l'un, diffuse chez l'autre ;

— dans un cas, on observait une pneumatisation frontale à une dilatation du troisième ventricule et des citernes ;

— un cas associait une pneumatisation frontale à une dilatation globale du système ventriculaire ;

— chez un malade, on notait une dilatation des citernes avec exclusion du système ventriculaire ;

— chez un autre, nous avons trouvé une dilatation isolée du troisième ventricule.

Il s'agissait d'un malade jeune, souffrant depuis six mois seulement ; la formule schizophrénique simple se modifiera peut-être par la suite. Le liquide céphalorachidien était de formule nettement inflammatoire (l'hypothèse d'une encéphalite ne peut être écartée).

E) Le tableau de l'hébéphrénie de Kahlbaum, commençant à la puberté et évoluant soit vers une forme déficitaire, globale, soit vers une catatonie, n'a pas été observé dans notre courte série, non plus que la forme schizonévrotique.

F) Dans nos 11 cas de formes complexes :

— trois hébéphréno-catatonies comportaient toutes une dilatation du troisième ventricule, étendue dans un cas à l'ensemble du système ventriculaire et aux citernes ;

— deux syndromes associant des éléments catatoniques et paranoïdes présentaient une dilatation de l'ensemble du système ventriculaire, en particulier du troisième ventricule ;

Chez l'un, malade de 22 ans, existait depuis deux ans une dissociation, des éléments catatoniques et des thèmes paranoïdes de persécution sthéniques. Le tableau clinique était alternativement dominé par le syndrome paranoïde et le syndrome catatonique, ce qui est classique. Le liquide céphalorachidien était normal. L'autre, âgé de 21 ans, avait présenté cinq ans auparavant un début catatonique aigu fébrile (grippal ?). Eléments catatoniques et paranoïdes coexistaient en permanence. Liquide céphalorachidien normal.

— le seul cas associant éléments hébéphréniques et paranoïdes montrait à la fois une dilatation du troisième ventricule et une atrophie frontale ;

Ce malade de 20 ans avait poursuivi des études secondaires normales jusqu'à 16 ans. Puis s'était installé un déficit intellectuel et affectif, avec des idées délirantes de persécution informes centrées sur son frère.

— le seul cas de catatonie évoluant secondairement vers la schizophrénie ne comportait pas d'images radiologiques anormales ;

Signalons qu'il s'agissait d'un accès catatonique aigu, isolé, de début, chez un malade de 21 ans.

— trois cas de formes paranoïdes ayant évolué secondairement vers la catatonie présentaient tous les trois une dilatation du troisième ventricule, associée à une pneumatisation corticale, diffuse pour le premier malade, frontale pour le second, ventriculaire isolée pour le troisième ;

Le premier, âgé de 28 ans, a présenté, trois ans auparavant, une courte phase initiale paranoïde à thème de jalousie, puis est devenu catatonique et le reste. Liquide céphalorachidien normal.

Le second, âgé de 27 ans, a présenté, cinq ans auparavant, une

activité hallucinatoire paranoïde, puis un délire d'influence, à base d'automatisme mental. Il est maintenant autiste, avec des éléments catatoniques, qui dominent parfois le tableau clinique. Liquide céphalorachidien normal.

Le troisième, âgé de 21 ans, a vécu il y a six mois une expérience délirante primaire, puis est devenu catatonique. Cette forme ne peut être considérée comme définitive. Liquide céphalorachidien normal.

— le seul cas de schizophrénie simple ayant évolué secondairement vers la catatonie comportait à la fois une dilatation du troisième ventricule et une pneumatisation frontale.

Ce malade de 31 ans présente, aux dires de sa famille, une désadaptation sociale et un maniérisme discret depuis quatorze ans. Il est interné, son autisme tourne de plus en plus à la catatonie, mais il s'agit peut-être seulement d'un « produit d'asile ».

Au total, sur les 40 cas étudiés :

Dans un premier groupe de 16 malades, présentant cliniquement une formule catatonique, nous avons trouvé 14 fois une pneumatisation radiologique du troisième ventricule.

Dans un deuxième groupe de 11 malades, présentant cliniquement une composante paranoïde, nous avons trouvé neuf fois une pneumatisation frontale.

Cinq de ces malades, porteurs de syndromes associant éléments paranoïdes et catatoniques, figurent à la fois dans le premier et le deuxième groupe : trois cas avec passage de la forme paranoïde à la catatonie associent pneumatisation ventriculaire et corticale ; deux cas d'intrication paranoïde et catatonique présentent seulement une pneumatisation du troisième ventricule.

Dans un troisième groupe de 6 malades, présentant des formes de Morel certaines, nous avons trouvé constamment une pneumatisation du troisième ventricule, associée dans trois cas à une pneumatisation corticale.

Dans un dernier groupe de 12 malades, enfin, qui comprenait les formes schizophréniques, les aspects radiologiques étaient moins systématisés. Dans trois cas, il n'y avait pas d'image radiologique anormale, et, dans les neuf autres, pneumatisations frontale et ventriculaire s'intriquaient, sans qu'il s'en dégage de formule radiologique prédominante.

On peut schématiser ainsi les aspects encéphalographiques que nous avons observés :

— le syndrome catatonique s'accompagne du point de vue radiologique d'images de dilatation du troisième ventricule ou de l'ensemble du système ventriculaire, il se rapproche en cela des formes déficitaires de type Morel ;

— le syndrome paranoïde s'accompagne d'images de pneumatisation anormale des régions frontales, ou des régions corticales avec prédominance frontale ;

— la forme schizophrénique simple n'a pas semblé donner lieu à une formule encéphalographique spéciale.

III. — Discussion

Ces résultats appellent quelques commentaires.

Bien que ces malades aient été soumis, les uns comme les autres, à de courtes séries d'électrochocs, puis à des cures d'insuline et de chlorpromazine, nous ne pensons pas que les images radiologiques observées soient imputables à l'effet des thérapeutiques, les mêmes traitements ayant été appliqués à des malades dont les formules cliniques et radiologiques diffèrent.

Le problème de la valeur anatomique des images radiologiques obtenues après encéphalographie gazeuse a été souvent posé. Seule la mise en œuvre simultanée d'analyses cliniques, radiologiques, électroencéphalographiques et anatomiques, peut lui donner une solution. Les divergences entre ces différentes méthodes ne sont pas considérables : l'atrophie radiologique correspond le plus souvent à une lésion parenchymateuse de même type. Par contre, l'intensité du phénomène donne lieu à un écart radio-anatomique plus ou moins notable ; la vérification opératoire ou anatomique ne confirme pas régulièrement le degré d'atrophie apprécié sur les clichés radiologiques.

Cette notion justifie les réserves sur la valeur pronostique de l'image encéphalographique, qui doit être jugée en fonction d'un contexte clinique et biologique. Les malades qui ont fait l'objet de cette étude ont subi un examen électroencéphalographique. Nous avons réservé le dépouillement de ces dossiers, car les résultats demeurent dispersés et ne se groupent pas en série significative (Thèse Lebascle, Alger, 1951).

Les images radiologiques anormales obtenues par encéphalographie gazeuse correspondent effectivement à des modifications volumétriques des structures ainsi visualisées. Il est difficile de

se prononcer actuellement sur la signification pronostique des images observées.

Par contre, la localisation prédominante des lésions atrophiques à une zone déterminée de l'encéphale est très remarquable quand elle s'associe à un tableau clinique limité. Le bilan des cas étudiés établit la relative intégrité de l'image encéphalographique dans les schizophrénies simples, la fréquence de la dilatation du troisième ventricule au cours des catatonies et l'atrophie corticale à prédominance frontale au cours des psychoses paranoïdes.

Il est tentant de rapprocher ces données de certaines recherches anatomiques, dont la signification est le sujet de controverses : lésions vasculaires de l'hypothalamus, des noyaux gris centraux dans les catatonies (Wohlfart), atteinte du noyau dorso-médian du thalamus au cours des mêmes syndromes (C. et O. Vogt). Quant à l'importance du lobe frontal au cours des démences, elle n'est plus à souligner.

Tous les modes d'exploration complémentaire en psychiatrie provoquent une même critique : ils semblent apporter des arguments aux théories mécanicistes des psychoses. Or, l'encéphalographie ne fait qu'attirer l'attention sur des lésions neurologiques associées à certains syndromes mentaux.

Elle n'en préjuge ni la signification, ni l'importance dans la constellation étiopathogénique de la maladie et, surtout, elle ne saurait attribuer au trouble partiel une valeur explicative pour l'ensemble du tableau clinique. Dans ces limites, l'addition d'un syndrome encéphalographique à un syndrome psychique peut être utile à la nosologie psychiatrique.

IV. — Conclusions

L'encéphalographie gazeuse pratiquée chez 40 déments précoces a permis de classer les malades en trois groupes principaux :

— 16 malades, qui, dans leur tableau clinique, ont présenté exclusivement ou en association avec d'autres symptômes un syndrome catatonique, avaient tous une dilatation du troisième ventricule.

— 11 malades, pour lesquels le syndrome paranoïde était prédominant, présentaient également de façon prédominante des images encéphalographiques d'atrophie frontale.

— 12 malades atteints de schizophrénie simple ne montraient pas d'images encéphalographiques significatives.

— 6 malades atteints de démence de Morel présentaient une dilatation du troisième ventricule, comme les catatoniques.

De notre travail se dégagent essentiellement des conclusions nosologiques qui, par la technique moderne de l'encéphalographie gazeuse, corroborent les notions issues de l'observation clinique classique.

Sur les plans clinique et radiologique, le syndrome catatonique, lorsqu'il existe, domine le tableau. Il existe une parenté étroite entre les formes hébéphréniques, de Morel, et catatoniques ; le syndrome paranoïde acquiert une certaine individualité radiologique lorsqu'il domine le tableau clinique. Il existe toujours dans ces formes une image encéphalographique d'atrophie.

Celle-ci est inconstante dans les formes schizophréniques simples. Ceci nous inclinerait à penser qu'il s'agit là d'un groupement clinique dont l'homogénéité pourrait être susceptible de réduction, sinon sur le plan phénoménologique, du moins sur celui de la nosologie médicale.

Toute classification est critiquable en psychiatrie : tantôt ses termes sont d'extension trop vaste et de compréhension réduite, tantôt au contraire trop précis et limitatifs, morcelant à l'infini la réalité clinique. Les difficultés sont dans les faits autant que dans les doctrines. Un tableau clinique correspond au dosage subtil et nuancé d'une orgagénèse et d'une psychogénèse également présentes, quoiqu'en proportions variables à tous les degrés de l'évolution morbide. L'image encéphalographique constitue un symptôme-test d'organicité.

A ce titre, et en s'en tenant à l'approche géométrique du problème, l'encéphalographie des symptômes catatoniques et paranoïdes est plus expressive que celle de la schizophrénie simple. Elle témoigne d'une participation plus grande des lésions parenchymateuses à la maladie et justifie en partie la désorganisation intellectuelle ou la régression psychomotrice. Dans quelle mesure une lésion du troisième ventricule est susceptible d'induire un comportement catatonique chez un dément précoce, tandis que l'atrophie frontale pourrait évoquer l'apparition d'un délire paranoïde, on ne saurait le dire. Il nous semble plus important de déterminer dans quelle mesure les symptômes radiologiques sont régulièrement associés aux syndromes cliniques.

PASSION MORBIDE, IMAGINATION ET ANOMALIES DES CONDUITES

Analyse psychopathologique du roman de Zola : « Le Rêve »

PAR

JEAN MORIN et GISÈLE RAVAUD

Introduction

De nombreux travaux scientifiques, littéraires et psychologiques ont fait de tout temps, sous les formes les plus diverses, l'étude de l'univers mobile, merveilleux et fluctuant des constructions passionnelles et imaginatives du monde du rêve ou de la rêverie.

C'est la raison pour laquelle, à côté des observations que l'on pourrait qualifier de purement médicales, malades internés ou individus expertisés lors de réactions antisociales à base passionnelle, il nous a paru particulièrement intéressant d'analyser les « mouvements de l'âme » du personnage d'Angélique dont Zola, dans « Le Rêve », a décrit magnifiquement le monde imaginaire et fantastique.

Il est, le plus souvent, très difficile de définir exactement et de séparer de façon précise le rêve, la rêverie et certaines improvisations romanesques. Mais il est aussi évident qu'une certaine prédisposition, un certain degré de tension et d'activité psychiques constitutionnelles favorisent par ailleurs l'efflorescence imaginative. Le rêve serait caractérisé, pour Allendy, par « l'affaiblissement ou la suppression de la synthèse mentale, qui, par des rejets incessants d'impressions, maintient l'attention sur la réalité et sur son enchaînement logique ». Ce serait un processus inférieur, imparfait, primitif. « La rêverie ou rêvasserie, qui

ANN. MÉD.-PSYCH., 115e ANNÉE, T. I. — Mai 1957.

s'opère à l'état de veille, mais dans un calme sensoriel relatif et avec un minimum de perceptions extérieures, consiste, comme le rêve, en une suite de représentations, mais ici ces représentations ne prennent pas complètement le caractère hallucinatoire. Le sujet les perçoit au-delà de la réalité dont il conserve conscience. » Une certaine logique est maintenue et préservée : c'est l'idéation imaginative.

La compréhension du réel peut être en fait très atténuée lors de la distraction, pendant la labilité de l'attention des « rêves de jour », selon l'expression de T. Smith. La rêverie est alors un acheminement vers le rêve, dont elle ne diffère que par la prise de possession plus ou moins nette de la réalité objective environnante. Quand cette notion cesse avec l'état de veille, le rêve véritable prend sa place dans le sommeil. Le rêve morbide consiste en la perte de la notion exclusive de la réalité par suite de l'affaiblissement de la fonction psychique supérieure, la dissolution de la synthèse de l'attention et de la volonté, tout au moins chez le délirant et l'halluciné. Chez le créateur de génie, il y a « association de la rigueur de la réalité et des richesses du rêve, de la plénitude de la conscience ordinaire et des ressources d'une imagination très vive ». Le rêve revêt alors les caractères de l'idéal et du désir.

La continuité du rêve et de la rêverie qui le précède dans la venue du sommeil, ou quand l'attention se relâche, montre qu'il s'agit dans les deux cas d'un processus de régression par rapport au psychisme normal de l'état de veille. C'est ce mécanisme qui se réalise dans l'hystérie (P. Janet). C'est un retour à la pensée primitive et archaïque.

La rêverie est enfin une activité intérieure qui ne demande ni action en dehors du corps, ni croyances bien fermes, et qui permet ainsi la construction d'une vie imaginaire.

L'élément passionnel, d'autre part, qui sous-tend le plus souvent les tendances imaginatives, réussit à colorer, par son dynamisme propre et par l'expansivité idéo-affective qui en résulte, les bases fondamentales de la personnalité romanesque. Après les conceptions cartésiennes de la passion, puis l'assimilation totale de celle-ci à l'aliénation mentale, les psychologues contemporains ont individualisé la structure passionnelle, soit en la fondant sur la théorie périphérique des sentiments (William Jammes, Lange), soit en la rattachant à une intellectualisation des émotions (Ribot), soit plutôt en l'intégrant à l'expérience vécue où l'exaltation affective est l'élément primordial (Ey, Laga-

che). « L'intensité affective, l'imagination affective, la discrimination systématique de ce qui n'est pas favorable au but », sont, pour Lagache, la triade symptomatique de l'état passionnel. Le déséquilibre qu'il entraîne, tout en abolissant le système des valeurs intellectuelles et des disciplines éthiques, a pour effet d'élever le passionné de l'inaction morose ou de l'angoisse la plus aiguë à l'hyperesthésie affective et à l'ineffable des états extatiques (P. Janet). Les troubles des conduites qui en sont la résultante constituent des manifestations courantes, presque quotidiennes, qui demeurent le centre des préoccupations de tous ceux qui s'intéressent au problème des sentiments humains.

Dans le roman d'Emile Zola, tous les personnages sont en réalité des passionnés morbides, qu'il s'agisse du désir puissant débordant d'amour et de vitalité de l'artiste, de la recherche de l'oubli d'une passion amoureuse malheureuse dans la haine et la foi mystique, ou du renoncement et de l'abnégation du couple névrosé par les remords de la stérilité ; mais Angélique concentre sur elle, cristallise tout l'univers passionnel où elle vit et qui l'entoure, pour l'exhaler dans son immense construction imaginaire.

Certes, ce monde de la fiction et de l'irréel peut être considéré avant tout comme celui du roman lui-même et propre à tout roman, mais l'examen approfondi des sentiments de l'héroïne, la sublimation de son amour, ses désespoirs, ses extases, l'intensité de ses réactions, l'ampleur des évocations de l'imaginaire, la révèlent, somme toute, comme une véritable personnalité psychopathique.

L'analyse chronologique de l'ouvrage apparaît même, dans son ensemble, avec la sécheresse évolutive d'un examen psychiatrique banal, depuis les antécédents héréditaires, les traumatismes affectifs et les troubles caractériels de l'enfance, les perturbations métaboliques de la crise pubérale, jusqu'aux symptômes physiques accompagnateurs des manifestations hystéro-mélancoliques qui précèdent la béatitude terminale.

Cet état présente incontestablement des analogies avec les délires de rêverie décrits par Heuyer et Borel, pour lesquels il existe « un mécanisme imaginatif qui a commencé à jouer dans l'enfance comme compensation de la réalité et qui a fini par envahir toute la personnalité ».

L'état passionnel lui-même se manifeste dès le premier contact avec l'héroïne et imprime son cachet à tous ses actes, tout en oscillant entre les deux pôles, de l'exaltation amoureuse et de la révélation mystique.

Le comportement morbide apparaît comme la somme, la juxtaposition, la succession et l'intrication de manifestations de violence passionnelle, de préoccupations psychasthéniques et obsessionnelles, de constructions imaginatives semi-délirantes.

La constitution schizoïde facilite l'intégration de la malade au rêve qu'elle a créé, où elle se complaît, où elle se réfugie pour fuir la réalité traumatisante. Ce rêve perpétuel, ou plutôt cette rêverie autistique de refuge et de libération, est également une conduite de refoulement, et l'on y retrouve les principaux caractères du rêve normal au sens analytique, le déplacement affectif, la dramatisation, et surtout la symbolisation qui constitue la pierre d'achoppement de l'édifice imaginatif.

*
**

I. — Analyse caractérologique

Dès que l'héroïne du roman fait connaître sa présence, on la sent déjà installée dans le monde de l'irréel, déjà marquée par le destin qui sera le sien, déjà étroitement, intimement liée aux symboles qui jalonnent sa route magique et fantastique. Elle est cet objet abandonné aux lois du surnaturel et du prodige, dans l'anéantissement, l'épuisement de ses possibilités physiques et psychiques : l'élan vital a disparu, le besoin humain de lutter a cessé ; il n'existe plus, devant le danger de la réalité, qu'un sursaut instinctif, automatique, inconscient ; les perceptions sensorielles sont abolies ; elle regarde sans voir, les sons ne l'atteignent pas, elle est insensible aux mouvements des choses ; le dynamisme idéique s'est effondré également : c'est le sentiment de vide de la pensée, et même l'absence de pensée par dissolution de la synthèse psychique.

Cet épuisement somatique et intellectuel, qui est le trait d'union entre la vie antérieure, riche de traumatismes affectifs, et la nouvelle existence familiale, toute d'amour et de paix, semble correspondre à cet incident psychopathique aigu, à cet état subconfusionnel, que Régis et Hesnard ont décrit dans la genèse des constructions imaginatives. Les réminiscences de la tranche de passé traumatisante et l'intégration, l'adaptation à son nouveau milieu, sont deux facteurs essentiellement distincts qui se heurtent et s'opposent violemment pour s'extérioriser dans les troubles de l'humeur et les variations du caractère d'Angélique.

Malgré l'inconnu qui pèse sur sa naissance, et peut-être même

à cause de cette notion de l'ignoré, en dépit de sa condition d'enfant abandonnée, enchaînée à une réalité toujours douloureuse, elle organise tout un système de violence fondé sur l'orgueil, le refus de la pitié, la méfiance, la surestimation de soi, les colères explosives, en un mot sur une constitution paranoïaque infantile où l'élément mythomaniaque n'est pas négligeable. Par instants, elle oppose à la bienveillance « un silence farouche », à d'autres moments, au contraire, elle laisse déborder sa révolte, « enragée de fierté souffrante ».

Adler confirme le caractère spécial de l'habitus nerveux, qui s'exprime par une attitude « soit anxieuse, pleine d'attente, de méfiance, d'incertitude, de prudence et de timidité, soit hostile, provocante, assurée, satisfaite, tranchante ».

Ces explosions affectives, empreintes d'ambivalence, de contradictions, ces alternatives de colères violentes et d'effondrement émotionnel, traduisent le caractère passionnel et le déséquilibre foncier de l'enfant.

La succession trop rapide des chocs émotionnels intenses, chez ce sujet fragile et hypersensible, le pousse jusqu'aux limites du désespoir qui lui font souhaiter, à plusieurs reprises, une délivrance par le suicide. L'émotion de son adoption, la présence du livret numéroté de l'Assistance publique qui lui rappelle à tout moment son sentiment d'infériorité, le ravissement de la communion qui la fait marcher « comme les saints, à deux coudées de terre », toutes ces expériences émotives contribuent encore plus à fragiliser son affectivité de sensitive.

Angélique, presque dès le premier contact, apparaît comme une névrosée et, au fur et à mesure que la connaissance de son personnage se développe, les manifestations intempestives qu'elle présente, confirment l'impression première. « C'est une enfant nerveuse », dit sa mère. Or, pour Adler, le tempérament nerveux se caractérise par divers traits particulièrement nets chez elle : « grande sensibilité, excitabilité, faiblesse irritable, suggestibilité, égoïsme, penchant pour le fantastique, absence du sens du réel ». Le désir de domination, la méchanceté, la bonté capable des plus grands sacrifices, la timidité s'y retrouvent également, mais de façon beaucoup plus transitoire et alternée.

Le sentiment menaçant d'insécurité et d'infériorité, que l'on décèle à la base de la névrose d'Angélique, cristallise toute l'activité psychique vers une exaltation du sentiment de la personnalité, par l'élaboration d'une fiction à laquelle elle va s'accrocher désespérément jusqu'à son accomplissement. La tendance à

l'abstraction et à la symbolisation est un des aspects les plus remarquables de ce bovarysme. La tension extraordinaire de l'organisation psychique, l'exacerbation de l'appréciation de la valeur de soi ont une double conséquence : d'une part, la difficulté du contact et du respect des disciplines socio-familiales, tout au moins au début ; d'autre part, l'utilisation de toutes les possibilités pour l'édification d'une construction imaginaire irréelle et idéale, qui protégera le sujet contre les difficultés matérielles.

Par ces caractères, Angélique peut être assimilée aux schizothymes, aux sensitifs kretschmériens, chez lesquels la vie intérieure joue un rôle essentiel et apparaît comme un frein, un masque à l'hypersensibilité et à l'hyperesthésie affective. Car, malgré son impassibilité habituelle, son indifférence et sa froideur apparentes qu'elle manifeste par une sorte de jeu masochiste, Angélique est avant tout une passionnée dont les sentiments revêtent aussitôt une ampleur et une exagération anormales.

« L'enfant prédisposé à la névrose procède avec un certain nombre de précautions, tient compte d'un grand nombre de préjugés, manque de sérénité dans son attitude à l'égard de la réalité ; et son agressivité n'est qu'un expédient puisqu'il est toujours disposé, pour faire face à une situation, à remplacer l'hostilité par la soumission. » (Adler).

Ce caractère spécifiquement schizoïde d'Angélique est amplement explicité dans le cours du roman.

Elle recherche avant tout l'isolement, la solitude :

« Pendant cinq années, elle grandit là, comme dans un cloître, loin
« du monde, ne sortant que pour la messe du dimanche... Cette
« demeure antique et si resserrée, au jardin d'une paix morte, fut
« son univers » ;

elle aime se replier sur elle-même pour rejoindre un monde phantasmique, monde de merveilleux où les aspirations inconscientes de sa personnalité peuvent atteindre leur plein épanouissement.

« C'était avec la joie d'une véritable récréation qu'elle se retrouvait
« seule dans sa chambre, le matin et le soir. Elle s'y abandonnait, elle
« y goûtait l'escapade de ses songeries. Parfois même, au cours de la
« journée, lorsqu'elle pouvait y courir un instant, elle en était heu-
« reuse comme d'une fuite, en pleine liberté... Elle n'éprouvait qu'un
« désir immense de solitude, l'unique soulagement à son mal. »

Cet autisme de refuge a été bien étudié par Mignard, Leroy et surtout Montassut qui a décrit la fréquence des constructions imaginatives par compensation, pour fuir une réalité d'échec et d'infériorité.

Et, dans cette paix de la solitude, Angélique se laisse aller à ses rêveries qui peuplent son existence ; une lecture, une perception, une sensation vague, et aussitôt elle est transportée dans une irréalité qu'elle crée, qu'elle enrichit, qu'elle transforme selon ses dispositions affectives du moment.

« Avant de se pencher sur son travail, elle s'oubliait encore un « instant, devant la fenêtre ouverte par laquelle entrait la radieuse « matinée de mai... Elle souriait, éblouie, baignée de printemps... Elle « restait les yeux vagues, perdus dans le rayon qui tombait d'un arc- « boutant de l'église... Elle dit encore, sans achever sa pensée perdue « dans le vague de son désir : oh ! moi, ce que je voudrais, ce que je « voudrais... Les yeux rêveurs et charmés, elle aimait cette fenêtre... »

fenêtre qui symbolise pour elle l'ouverture de ce cosmos de toute-puissance et de fantastique.

A côté de ces manifestations autistiques, le déséquilibre émotionnel et les élans passionnels suivis d'effondrements affectifs constituent l'autre caractéristique essentielle de son tempérament instable. Les débordements passionnés, qui trahissent parfois même un certain degré de narcissisme, s'éteignent aussi soudainement qu'ils sont apparus, dans un désir vertigineux et masochiste d'humiliation.

« La passion inquiétait chez cette enfant, l'élan et la violence de ses « caresses. Plusieurs fois, elle (sa mère) l'avait surprise à se baiser les « mains. Elle la vit s'enfiévrer pour des images, des petites gravures « de sainteté, des Jésus qu'elle collectionnait ; puis un soir, elle la « trouva en pleurs, évanouie, la tête tombée sur les dalles, la bouche « collée aux images...

« Elle déconcertait par des sautes brusques, d'inexplicables pares- « ses, après des journées d'application exemplaire. Elle devenait tout « d'un coup molle, sournoise, volant le sucre, les yeux battus dans son « visage rouge ; et si on la grondait, elle éclatait en mauvaises répon- « ses. Certains jours, quand ils voulaient la dompter, elle en arrivait « à des crises de folie orgueilleuse, raidie, tapant des pieds et des « mains, prête à déchirer et à mordre...

« Mais chaque fois, ces affreuses scènes, dont la maison restait fré- « missante, se terminaient par le même déluge de larmes, la même « exaltation de repentir, qui jetait l'enfant sur le carreau, dans une « telle soif du châtiment qu'il fallait bien lui pardonner...

« Toujours des fougues l'emportaient, des fautes se déclaraient, par « des échappées imprévues, dans des coins d'âme qu'on avait négligé « de murer... »

Ces aspirations passionnées font jaillir successivement des élans mystiques, au cours desquels Angélique recherche une communication avec le Divin et s'identifie aux personnages merveilleux des légendes dorées, et un désir morbide de l'humiliation où elle s'efforce, par la charité et l'action, de faire le bien, de compenser sa nature violente et l'aspiration inconsciente à la domination.

« Elle était prise d'une de ces crises de charité qui lui faisait se « donner toute pour combler ceux qui n'avaient rien. Son être se fon- « dait de fraternité pitoyable, à l'idée de la souffrance. »

Le déséquilibre affectif constitutionnel, qui se précise au cours de l'enfance par l'apport imaginatif dû à l'ambiance et au décor, s'enrichit de la symbolisation mystique, de l'idée de la chasteté, de l'identification à Agnès, la petite sainte adolescente, « gardienne de son corps ». Il atteint son point culminant au moment de la crise pubérale et du passage à l'adolescence : c'est la période où le sentiment mystique atteint son acmé avant de s'intriquer avec les préoccupations érotiques.

« Depuis quelques mois, à des heures troubles, lorsque des chaleurs « de sang lui battaient les tempes, Angélique invoquait et implorait « Agnès, et tout de suite il lui semblait être rafraîchie. »

A la puberté, les tendances possessives, captatives de l'enfance, nécessaires à l'édification et à la constitution de la personnalité, s'élèvent et se transforment en tendances oblatives, qui visent avant tout à projeter sur autrui l'hyper-affectivité et le trop-plein sentimental.

Toute la contradiction émotionnelle infantile réapparaît avec encore plus d'ampleur, depuis « l'émoi grandissant qui lui monte des herbes, les angoisses brusques, sans cause, qui la serrent à la gorge », jusqu'aux pleurs « sans aucun signe de chagrin, bien heureuse au contraire ». Ces réactions émotives, les rêves qui peuplent son sommeil de ravissements, les cauchemars qui le troublent de l'idée de péché et de l'offense, remplissent l'anxiété de sa puberté d'une volupté douloureuse.

« C'était un émerveillement continuel, une surprise de ne pas se « reconnaître, de se sentir comme grandie de joies et de douleurs « qu'elle ignorait, toute la floraison enchantée de la femme. »

C'est également l'époque des premières insomnies et de ces violentes céphalées dont elle va se plaindre très souvent pendant toute l'évolution de son délire. Mais, surtout, c'est au moment de la puberté que l'édifice de fabulation se confirme et se densifie, malgré l'instabilité fondamentale, en un noyau passionnel, en un « moi mystique et moral », d'où émerge la double thématisation, « née de l'imagination échauffée de fables et de ses désirs inconscients ».

*
**

II. — Etude des constructions imaginatives

A) *Thème mystique.* — Après cette analyse caractérologique de la personnalité d'Angélique, on comprend avec quelle facilité, quelle spontanéité, elle va essayer de fuir, par une compensation imaginative, le monde douloureux où elle a souffert, pour un monde de phantasmes correspondant à ses aspirations. Cette élaboration de l'imaginaire ressemble, par de nombreux points, aux délires imaginatifs, aux bouffées délirantes aiguës, décrits par Séglas et Logre, puis par Dupré. « Ces romans imaginatifs s'apparentent à certains états de rêverie dans lesquels se complaisent les esprits romanesques à l'imagination plus ou moins déréglée : ils s'observent surtout au moment de la puberté et au cours de l'adolescence ; ils ne sont parfois vécus qu'en secret. » (Porot). Tout récemment, la pathologie de l'imagination chez l'enfant et l'adolescent a été particulièrement analysée en ses différents éléments constitutifs et dans ses multiples formes cliniques (Michaux et Mlle Juredieu) : Angélique illustre à elle seule la plupart des modalités d'expression d'imagination pathologique signalées par les auteurs.

Ce besoin de création imaginaire a pour point de départ la nécessité où se trouve le sujet d'assurer sa sécurité et de maintenir à un niveau suffisant son sentiment de personnalité. C'est d'ailleurs une conduite qui appartient à l'état normal à l'enfance, mais que l'on retrouve également au départ des psychonévroses, où l'image qui sert de guide au malade est ultérieurement organisée et dogmatisée.

Ce monde du rêve est créé à la fois par l'intrication des désor-

dres affectifs et de l'ambiance mystique qu'elle découvre autour d'elle à chaque pas, par le changement des conditions existentielles évoluant de la matérialité la plus sordide au monde de l'amour et de la morale, mais surtout par le choc affectif résultant de la lecture de la « légende dorée », qui révèle à Angélique, pour la première fois, la notion de la dualité et du manichéisme universel. Ces facteurs déclenchants suffisent à faire naître ce grand rêve mystique de la lutte éternelle du Bien et du Mal, de Dieu et du Diable, des saints et des démons, du péché et de la pénitence, où la victoire des éléments bénéfiques, la purification, la spiritualisation du monde ne peuvent se produire que par la sublimation de la souffrance dans le martyre et la mort.

« Un dégoût, un dédain de la chair, de la loque humaine aiguisent « la douleur d'une volupté céleste... Tant d'abomination et cette joie « triomphale la ravissaient d'aise, au-dessus du réel. »

Le monde du merveilleux et du rêve ainsi créé, Angélique l'amplifie jusqu'à ce qu'il intègre toutes les possibilités vitales dans un même rayonnement magique et englobe le milieu où elle vit dans une idéalisation purificatrice. Sa constitution passionnelle, qui détermine ses compositions artistiques, fait plonger, au sein même de ses travaux, de ses créations poétiques et symboliques, le magnifique de son rêve. Les réminiscences mystiques de sa vie infantile où la maintient la névrose sont concrétisées dans le travail quotidien. Par une sorte de paradoxe, il existe, à la fois, une recherche de l'abstraction, de l'idéalisation et de la symbolisation et un désir de fournir un support formel aux constructions inconsistantes de l'imaginaire. C'est un caractère propre à la disposition névrotique de projeter, dans le monde du réel qu'il enrichit et colore, le vécu phantasmique.

« Elle apportait sa passion qui donnait de la vie aux fleurs, de la « foi aux symboles... Une envolée mystique élançait les moindres « ornements, elle s'y livrait toute, avec son imagination en continuel « éveil, sa croyance au monde de l'invisible... on retrouvait dans ses « broderies la sincérité, le sentiment de l'au-delà comme cerclé dans « une perfection minutieuse des détails. »

Les représentations sensorielles traduisent l'exaltation de toutes les fonctions perceptives, et le système délirant imaginatif s'enrichit de tout un ensemble d'interprétations et d'illusions qui revêtent parfois un aspect hallucinatoire.

« On entend toutes sortes de voix, il y a des bêtes partout qui vous « regardent, et j'ai bien vu en me retournant, lorsque nous sommes « partis, de grandes figures blanches flotter au-dessus des murs. »

La rêverie morbide vient déformer les données les plus élémentaires, les plus tangibles, les plus réelles, pourrions-nous dire, de la réalité ambiante, pour les incorporer à l'ensemble de la structure imaginative.

« Il y avait des semaines qu'elle entendait bruire des voix... Elle « comprenait bien que tout s'animait, que les voix venaient des choses, jadis silencieuses, que les feuilles des arbres, les eaux de la « Chevrotte, les pierres de la Cathédrale lui parlaient... A cette distance, elle distinguait mal les figures, elle les apercevait dans un « agrandissement de songe. »

Ainsi enrichie, et en quelque sorte approuvée par une complicité bienveillante du monde qui l'entoure, soutenue par la passion et l'orgueil constitutionnels, l'imagination débridée envahit de plus en plus les quelques îlots rationnels qui ont pu subsister, jusqu'à ce que l'idéal de la personnalité, porté au degré d'exaltation le plus élevé, solidement fixé, poussé jusqu'à la divinisation, donne à l'ensemble du comportement un aspect analogue à celui de l'excitation maniaque. Le monde entier devient symbole ; les contingences de la réalité, les difficultés matérielles s'évanouissent devant la toute-puissance du miracle et du surnaturel, l'envolée vertigineuse de l'imagination vers le monde de la richesse infinie, de la beauté pure, de la liberté et du pouvoir être soi pleinement, intégralement. « C'est le déluge d'or », où tout se cristallise dans une volupté ineffable proche de l'extase.

« Elle montait plus haut, plus haut encore dans l'au-delà du désir ; « et tout le disait en elle, sa bouche que l'extase entr'ouvrait, ses yeux « où se reflétait l'infini bleu de sa vision. »

Cet état d'élation, selon l'expression de Janet, est symbolisé pour Angélique par la toute-puissance de la Cathédrale, seul lien vivant entre l'univers terrestre et l'immensité céleste ; elle se laisse entraîner dans « l'envolée mystique de la Géante », qui va se « perdre au sein d'un Dieu de pardon et d'amour, loin de l'antique terreur sacerdotale ». Avec la Cathédrale,

« c'était une veille continue, venant de l'infini du passé, allant à « l'éternité de l'avenir, la veille mystérieuse et terrifiante d'une maison où Dieu ne pouvait pas dormir ».

Dès lors, avec la négation des valeurs et des disciplines humaines, le sujet dépassé par sa fiction devient en communication immédiate avec Dieu, ses actes ne sont plus soumis qu'à la censure divine.

« Elle s'abandonnait inerte entre les mains de Dieu, avec la tache « du péché originel à effacer ; elle n'avait aucune liberté, Dieu seul « pouvait opérer son salut en lui envoyant la grâce. »

Ce n'est que par le refuge compensateur dans le monde mystique que l'individu peut trouver la possibilité de se racheter du mal, de l'hérédité, de la souillure, du péché conscient ou inconscient.

Les existentialistes chrétiens, Kierkegaard, Jaspers, Gabriel Marcel, ont suffisamment insisté par ailleurs sur ce caractère du problème de la liberté humaine et de ses rapports avec Dieu.

Dans cette disposition mentale morbide, voisine de la béatitude, Angélique extériorise une aptitude propre au névropathe : la tendance à l'anticipation, à la connaissance de l'inconnu, au sentiment de prémonition et d'attente, qui résultent tout naturellement de l'immensité des possibilités de l'être dans l'exaltation du délire d'imagination.

« Je ne l'ai jamais vu, mais je sais comment il doit être. Il entrera, « il dira : Je viens te prendre. Alors je dirai : Je t'attendais, prends- « moi. Il me prendra et ce sera fait pour toujours. Nous irons dans un « palais dormir sur un lit d'or, incrusté de diamants... Je l'attends et « il viendra. »

Adler écrit : « L'attitude hostile du névrosé à l'égard de la vie fait naître un état d'attente que Kræpelin a très nettement constaté... La joie de vivre est constamment troublée par le désir de prendre et de recevoir. Le sentiment d'insatisfaction et de domination ne le quitte jamais. » Pierre Janet a décrit, chez les névropathes, des états d'inaction morose, des états de tristesse à vide, sans idées tristes, sans douleur morale, qui s'accompagnent de ce sentiment d'attente inexplicable, attente d'une chose, d'un signe, d'un être, d'une situation que le malade prévoit par une intuition qui jaillit brusquement de son être. Cette tristesse à vide, qui peut s'assimiler au sentiment d'insatisfaction inconsciente d'Adler, apparaît chez Angélique, dont on connaît l'instabilité émotionnelle, comme une réaction de décharge après l'exaltation extatique. Il est habituel de découvrir chez ces prédisposés,

outre l'entraînement vers les rêveries religieuses, « une ultra-pensée, une cryptesthésie, une lucidité particulière, des intuitions métaphysiques » (Janet).

Marisier et J. Lenba ont par ailleurs étudié la psychologie du mysticisme et les maladies du sentiment religieux, où ces caractères morbides de prémonition intuitive ont été retrouvés.

« Elle éclata en larmes. Elle n'avait point de tristesse, elle était bou-
« leversée par une attente, bien que personne ne dût venir. C'était une
« attente qui datait de loin, du fond de sa jeunesse, une attente qui
« avait grandi avec l'âge pour aboutir à cette fièvre anxieuse de sa
« puberté. »

L'extension de l'irréel au monde où elle vit, à toute son existence, à son corps même, aboutit logiquement à l'apparition d'un sentiment d'influence, à une « lente prise de possession, toute la nature, la terre avec le vaste ciel entrant dans son être ». Cette possession, qui est plus en fait une dépossession, l'intrusion de l'irréel, l'envahissement de son moi par les phantasmes qu'elle a créés, toutes ces transformations délirantes engendrent ce doute, cette inquiétude habituelle aux malades présentant des manifestations cénestopathiques et aux schizophrènes conscients d'une dissociation intrapsychique débutante.

« Parfois elle s'étonnait, se touchait le visage, pleine de trouble,
« doutant de sa propre matérialité. N'était-elle pas une apparence qui
« disparaîtrait, après avoir créé une illusion ? »

B) *Thème érotique.* — Par le balancement thématique habituel du mystique et de l'érotique que l'on retrouve dans l'organisation délirante ou hallucinatoire, l'univers du divin miraculeux que nous venons d'étudier se transforme insensiblement par l'apparition du monde de l'amour. La naissance de l'amour n'est pas un hasard, mais la réalisation d'une nostalgie ; elle suppose un psychisme préalablement érotisé et vulnérable, l' « hypovitalité prédisposante » de Janet, compatible avec l'hypersensibilité affective et le dynamisme hédonique. D'abord mystérieux, encore assujetti aux lois de l'irréel et des sensations vagues, au flou du sentiment d'attente, au mirage de la communicabilité, il devient progressivement de plus en plus présent : l'exacerbation sensorielle et imaginative enrichit et développe les impressions, les images visuelles évoluent de la forme hallucinatoire à la création illusionnelle, jusqu'à la concrétisation finale du rêve, de l'at-

tente, des constructions imaginatives, en un mot la révélation de l'objet. L'inquiétude et la peur de l'ignoré qui se disloque disparaissent alors pour créer la notion de présence, de réalité mystérieuse, de communion de deux êtres pris dans un amour idéal, issu du prodige, « de possession à distance ». L'amour, libéré de la force aveugle et mécanique de l'instinct de reproduction, apparaît comme une activité mythique de cette faculté de fabulation analysée par Bergson, qui s'extériorise dans le langage symbolique et mystique des névrosés.

Naturellement, les caractères mythiques du rêve initial rejaillissent sur l'aspect extérieur de l'objet qui, malgré son enveloppe humaine, ressemble « au saint Georges, à un Jésus superbe », avec

« ses cheveux bouclés, sa barbe légère, son nez droit, ses yeux noirs
« d'une douceur hautaine ».

C'est la fusion de la croyance et du désir dans une illusion de déjà vu.

« Jamais elle ne l'avait vu autre, c'était lui, c'était ainsi qu'elle
« l'attendait. Le prodige s'achevait enfin, la lente création de l'invi-
« sible aboutissant à cette apparition vivante. »

La venue de l'objet est encore toute imprégnée de l'atmosphère de légende qui a entouré sa lente élaboration à partir de l'impalpable, et le rêve ne se réalise que par la participation de toutes les forces naturelles à la construction imaginaire.

C'est le symbole romanesque du jardin et du balcon qui sert de trait d'union, de passage entre le monde mystique et celui du réel et de l'amour qu'elle ne connaît pas encore, mais qu'elle attend dans l'impatience de tout son être. De ce balcon, dans la fièvre de son imagination d'adolescente hypersensible, ses préoccupations intellectuelles se sont envolées dans la sphère du miracle divin. C'est là qu'aboutiront et se réaliseront ses aspirations amoureuses quand l'objet apparaîtra pour la première fois à ses yeux et qu'elle découvrira l'Amour dans la douceur de ce jardin qui a été le paradis minuscule de son enfance traumatisée. La pulsion mystique fournit à l'amour la fidélité et la consolation, elle lui apporte le frein et la mesure, elle crée la conscience coupable qui est à la base des théories des névroses de Steckel : « Le dynamisme du péché et l'effroi du remords sont l'ombre de l'amour. »

Cet amour d'emblée devient passion sans discussion, sans recherche, sans que la raison intervienne, par une sorte d'ordre préétabli, d'enchaînement, d'organisation dogmatique du monde des valeurs, qui est encore dirigée par la toute-puissance du miracle. Et l'objet, comme dans l'érotomanie, est conquis à son tour par cette passion dont il est en fait l'élément générateur :

« C'en était fait, il n'y avait plus qu'elle, il la suivrait jusqu'au bout « de la vie. »

Dès lors, la rêverie morbide fait évoluer les données érotiques selon la perspective névrotique des tendances à l'anticipation. Sitôt né, le sentiment d'amour renferme toute son existence, puisque le potentiel évolutif est imposé par la domination du prodige. Tout comme il a créé l'amour, le rêve a décidé, du même élan, de ses possibilités d'être, de ses modalités vitales, de sa fin. L'amour, comme la vie, n'a plus aucune liberté : il n'est que ce que l'on veut qu'il soit. C'est pourquoi Angélique

« n'éprouvait aucune curiosité hâtive, elle souriait à l'idée des cho- « ses qui se réaliseraient sûrement, dans l'absolue certitude où elle « vivait de la réalisation entière de son rêve ».

C'est d'ailleurs une composante normale du rêve : le caractère d'infini, d'illimité, la déformation du temps et de l'espace entraînent la suppression de tout ce qui n'est pas le présent ; tout est ramené à cette notion de présent et, par suite, toutes les situations, tous les actes à venir sont déjà implicitement contenus dans le moment qui est. C'est la prémonition, la faculté d'anticipation, que l'on retrouve à l'origine de la sérénité de certains sages ; c'est également un des aspects du rêve prophétique volontairement provoqué par le jeûne et l'inanition.

Cette confiance dans l'évolution immuable du rêve, que rien ne pourra modifier, ni disciplines sociales, ni interventions personnelles, est à la base même du sentiment d'attente. Le névrosé et le psychopathe schizophrène ou délirant vivent ainsi dans un monde de fiction qu'ils se forgent pour fuir les difficultés ou les impossibilités de la réalité, monde magique fondé sur l'expectative de ce qui va nécessairement arriver.

L'aveu réciproque de l'amour déclenche chez cette personnalité pathologique toute une série de manifestations de type obsessionnel opposant le désir, le besoin de libération des pulsions idéo-affectives à l'intrusion inopportune de la crainte du mal, de

la peur héréditaire du péché originel. De ce combat jaillissent des conduites où l'introspection, la succession vertigineuse et angoissante de questions, de doutes, de scrupules, jouent un rôle essentiel. L'aveu détermine l'intrication des deux thèmes mystique et érotique, et, par un balancement conflictuel, Angélique adopte un comportement oscillant entre ces deux pôles. Mais la peur de la sanction familiale et le respect des valeurs éthiques, la tendance scrupuleuse l'emportant le plus souvent sur le désir profond d'assouvissement et d'épanchement, lui font conserver une froideur et une indifférence apparentes qui masquent l'intensité de la lutte intérieure. Il se produit ainsi un véritable refoulement qui, bien que né de la névrose, exagère encore plus la régression infantile où la névrose puise une vigueur accrue.

Il en résulte une exaltation du déséquilibre affectif et passionnel constitutionnel, qui transforme de façon intermittente, selon les incidences émotionnelles surajoutées, le sentiment d'amour en sentiment de haine pour l'objet. Avec la même puissance, la même violence, l'affectivité est soumise aux lois de l'ambivalence et de la contradiction. La haine succède à l'adoration, la peur de revoir l'objet remplace le désir de sa présence. C'est le combat de deux passions, nuancé par les tendances sadomasochistes fréquentes, sinon constantes, chez le névropathe ; selon Adler, le névrosé aime « vaincre tout en faisant preuve d'humilité et de soumission, humilier les autres par ses propres vertus apparentes, désarmer les autres par sa passivité, faire souffrir les autres par ses propres douleurs ». Ce désir d'auto-punition et de pénitence, la flagellation psychique, alternent avec le désir inconscient de faire mal, la « simulation de la fille intéressée, froide, cruelle ». Ce comportement sadique, mineur et transitoire, apparaît en fait comme un phénomène de compensation morbide visant un effondrement secondaire dans l'humiliation et la souffrance.

« Qu'elle était heureuse et qu'elle souffrait ! »

Ainsi, la passion apparaît-elle avec son sens le plus humain, d'amour sans raison, au hasard du cœur, pour la joie et la douleur d'aimer. L'altruisme et l'amour de la charité et du bien restent les sentiments les plus élevés et les plus vifs, mais ils se dissimulent le plus souvent sous l'apparence d'un égoïsme forcené où s'intègrent la notion de Tabou, l'angoisse de l'être, la culpabilité et le remords, l'impression de petitesse, de faiblesse et le pessimisme foncier. Les manifestations de haine et de violence

sont des réactions de l'instinct de domination contre cette infériorité, et s'exhalent dans les constructions abstraites « de grandeur, de puissance, de savoir et de pouvoir ». Tous les mouvements de l'âme, tous les changements d'humeur s'explicitent ainsi par cet aspect conflictuel de l'affectivité sous-tendue et excitée par l'orgueil et la passion.

Le sentiment d'incomplétude et de vide, provoqué par les élans de ses pulsions, lui fait attendre passionnément, dans un vertige d'espoir, l'objet de son amour, chaque fois que celui-ci est absent. Son approche et sa présence sont annoncées à Angélique par une intervention symbolique des choses, un éblouissement de lumière, une symphonie des bruits, une approbation de tous les actes par l'invisible qui la protège et le divin qui a transfiguré son rêve. Les mots même qu'elle prononce semblent venir de l'extérieur, comme imposés par le bain céleste et surnaturel qui l'inspire. C'est l'élévation inexprimable du sentiment de triomphe dans la satisfaction des désirs, qui renverse et transforme la valeur de tous les sentiments. Et, pourtant, il semble que, malgré l'euphorie qu'elle extériorise, il persiste un certain degré d'inquiétude et de peur de l'amour, correspondant à cet état d'âme trouble que Charles Morgan a considéré, chez celui qui aime, comme la terreur subconsciente ou inconsciente « de sentir sa personnalité lui échapper ».

Cet état d'extase et de béatitude, qui aboutit à l'acmé du délire imaginatif et de l'état passionnel, à la fusion des thèmes mystiques et amoureux, à la conjonction de deux rêves, de deux désirs, de deux élaborations imaginatives, semble pouvoir être assimilé, non à un paroxysme délirant, mais plutôt à une sorte d'état second névrotique, à une structuration hystéroïde de la conduite. C'est la spiritualisation du don complet de soi, la négation de la pudeur, des principes, des scrupules, contre lesquels la passion a si longtemps combattu, c'est la libération de la féminité, de l'instinct profond, c'est l'idéalisation des pulsions sexuelles, du « déjà aimé » freudien dans une apothéose d'amour.

Mais, là encore, un autre conflit va surgir : celui des forces instinctives archaïques des psychanalystes, la lutte des forces vitales de satisfaction contre les instincts de mort et d'anéantissement, en deux mots le combat de la libido et de la destrudo freudiennes. Dans son imagination névrotique, Angélique ne peut concevoir l'amour sans la mort, et, du sein de son rêve narcissique morbide, elle sent qu'elle est en puissance, à la fois l'amour et la mort, l'une de ces « mortes heureuses » dont le destin est tracé dès l'enfance. Et c'est précisément au moment où elle

atteint le sommet de la félicité dans l'extase de sa rêverie que l'intuition extrait de l'inconscient la pulsion mortelle qui, dans un certain sens, protège son monde imaginaire contre les déceptions de la réalité. C'est l'équivalent d'une conduite suicidaire chez le névrosé qui veut affirmer sa puissance, et redoute par-dessus tout l'échec de ses aspirations.

III. — Analyse de l'amour psychogène

Après la période d'intégration, de construction du monde de l'irréel, d'édification du grand rêve mystique et amoureux qui vient d'atteindre son maximum d'ampleur et de développement, brusquement l'annonciation de l'amour impossible déclenche la coupure dans la continuité de l'assemblage phantasmique, le retour à la réalité douloureuse après le mensonge magnifique de l'imagination. La personnalité névropathique d'Angélique réagit à ce choc émotionnel intense par la mise en activité de toutes ses dispositions caractérologiques. « L'amour psychogène et pathogène se dégage des conflits et chocs émotionnels répétés comme une formation mnémonique, érotique et algique, sursaturée et vulnérable : il a un double aspect psychique et biologique, et un potentiel morbide spécifique. » (C. Pascal).

Dans un premier temps, c'est l'attitude de refus, devant l'impossibilité d'une telle éventualité que son « rêve » n'a pas envisagée. La croyance dans la réalisation à tout prix de son univers imaginaire, issu de ses rêveries, lui donne une force et un courage tels que le choc affectif semble sans effet immédiat. Il y a une scotomisation de tous les éléments qui tendent à rompre la continuité du rêve. Une seule solution est possible : s'évader immédiatement de la réalité, qui refuse de se modeler sur les formes imaginatives, pour se replonger dans la douceur réconfortante et salutaire de la magie des fictions. L'ambiance mystique la fait retomber dans l'humilité de la grâce : son orgueil et sa passion s'effondrent, et elle ne vit plus que dans l'attente confiante du miracle, du message divin, de la communication avec l'au-delà, qui lui annonceront qu'elle ne s'est pas trompée, que tout est vrai, que le rêve est et doit être.

Secondairement, elle prend conscience de sa douleur. Or, comme le dit Dromard, « se mettre en face de sa peine, c'est la connaître, et tout acte de connaissance s'accompagne d'une production d'éléments dynamogéniques dont le résultat naturel est un sentiment de plaisir. Ce plaisir se ramène en dernière analyse

à un sentiment d'activité victorieuse et, plus foncièrement, à un sentiment de puissance. Comprendre sa douleur, c'est la posséder, et, la posséder, c'est la dominer ».

Enfin, sa passion renaissante se heurte à celle du message divin qui symbolise pour elle l'autorité terrible, absolue, du maître de sa destinée. C'est le heurt de deux états passionnels dans le monde des réalités, l'opposition intransigeante de deux caractères exaltés et violents. On assiste alors à l'éclosion et à l'évolution insidieuse d'une psycho-névrose, analogue à celles décrites par Constance Pascal comme conséquences des chagrins d'amour. L'indifférence et l'oubli apparents masquent la gravité des désordres émotionnels et des perturbations organiques qui vont cependant se préciser peu à peu. Le retour au rêve devient relativement inefficace : il est en tout cas insuffisant pour créer l'évasion complète des réalités douloureuses et tangibles. La conduite est caractérisée par la recherche d'une compensation à la souffrance dans le travail « pour briser le corps », dans les compositions artistiques où l'effort imaginatif est décuplé par le déplacement du chagrin vers la création, dans la charité par un transfert de l'amour impossible qui rejaillit sur l'ensemble de l'humanité déshéritée. Ce retour brutal à la réalité amène la réapparition d'idées mélancoliques, ou tout au moins dépressives, de sacrilège, de péché, d'immoralité, qui augmentent encore l'angoisse et exagèrent quelquefois la peur de l'action. Il se produit alors, dans ce cas, une réaction d'arrêt, de barrage, qui porte non seulement sur les actes, mais encore sur les rêveries, que d'ailleurs Janet appelle « les histoires continuées ». Le plus souvent, le choc affectif pénible et douloureux déclenche un état de morosité avec résignation et rétrécissement du champ de la conscience et de l'activité. « L'oubli, dit Freud, n'existe pas. » Les soubresauts de la libido meurtrie créent des directions nouvelles, des substituts et des sosies de l'amour non vécu. Les psycho-névroses, en particulier, sont « les paradis artificiels où l'amour cherche à apaiser sa faim d'amour ».

Quand cette compensation oblative, altruiste devient elle-même impossible, la personnalité névrotique se replie totalement sur elle-même dans un autisme farouche, rebelle à toute effraction et à toute intrusion étrangère. L'analyse révèle le fond douloureux, dépressif, empreint d'un profond désespoir, où l'ambivalence affective fait à la fois redouter et souhaiter la mort, dans une lutte inégale entre les instincts vitaux défaillants et l'aspiration inconsciente à la purification dans la délivrance. L'activité se réduit de plus en plus, teintée par une combinaison

complexe des sentiments les plus divers, d'où émergent le besoin d'humilité, le doute, l'angoisse de l'éternel remords, le sens du devoir et de la conscience morale, en opposition intermittente avec leurs antagonistes dynamiques, l'orgueil, les tendances vitales, le libre désir et, plus accessoirement, la jalousie. Ce conflit affectif douloureux, sanctifié par « l'intervention de la grâce », permet à Angélique de conserver, malgré l'intensité de sa mélancolie, la force d'un sourire paradoxal. Elle a atteint la phase supérieure ou d'altruisme de l'évolution des instincts : c'est le degré le plus élevé, le stade du sacrifice où l'amour épuré, l'héroïsme du renoncement, « le souffrir sans faire souffrir, le mal à la douleur des autres » (A. Comte), guident toute la conduite.

Le refoulement constant, le refus de la consolation dans l'épanchement entraînent irrémédiablement l'épuisement de l'organisme, déjà fragilisé par l'état passionnel morbide constitutionnel. « L'amour psychogène participe à la formation des troubles organiques et à celle de la psychogénèse. » (C. Pascal). Depuis la simple lassitude, l'essoufflement au moindre effort, l'évolution est progressive jusqu'à « la disparition lente, l'évanouissement de son être », jusqu'à cet état stuporeux terminal, entrecoupé de sursauts transitoires de la vie instinctive et de l'élan vital, émaillé de lueurs extatiques. « Il n'y a plus que le bonheur de vivre. » C'est la somatisation du chagrin d'amour, « l'attitude animale de passivité soumise, qui est la marque essentielle des états affectifs profonds » (Dromard).

L'anéantissement organique, limitant les possibilités créatrices de l'imagination, a pour conséquence l'intégration du monde extérieur à son être. « Le milieu était entré en elle. » La réalité devient trop cruelle, trop présente, trop puissante pour être abstraite : le rêve est trop élevé, il devient inaccessible. L'humilité et le renoncement l'emportent sur le débordement imaginatif. « C'est fini, je me suis enfin vaincue. »

C'est sous cette forme que Morel envisageait la « folie amoureuse », lorsqu'il écrivait : « La dépression mélancolique portée quelquefois jusqu'à la stupeur, les tendances au suicide, la consomption physique et les transformations hystériques, forment les principaux caractères d'une vésanie qui mérite assurément de tenir son rang dans la nosologie des maladies mentales. »

C'est alors, par une sorte d'état oniroïde, subconfusionnel chez une névropathe épuisée, d'euphorie agonique ou pré-agonique, et non plus par de véritables constructions imaginatives, qu'apparaissent des phénomènes extatiques aboutissant à la pureté, à la grandeur, à la sanctification par une vision panoramique du vécu

réel et de l'univers mystique des phantasmes, et surtout à la possession finale de l'objet. La cérémonie du mariage, l'apothéose, le couronnement du rêve ne se produisent que dans un état second, dans une béatitude qui annonce la fin prochaine de l'imaginé miraculeux et le retour définitif à la réalité terrestre.

« La nuit, des voix l'avaient effleurée ; puis c'était un appel de la « terre à son entour ; en elle aussi, la clarté se faisait, elle comprenait « que le miracle continuait uniquement pour la réalisation de son « rêve. N'était-elle pas morte déjà, n'existant plus parmi les apparen- « ces que grâce à un répit des choses. »

Janet a magnifiquement décrit les états d'extase, que l'origine en soit psychologique ou organique, qu'il s'agisse de névroses ou de psychoses, de rêves normaux (Horton, Kaploun), ou de béatitudes toxiques (Moreau de Tours) : il suffit de lire la description magnifique qu'il en a faite. On observe toujours une « immobilité plus ou moins complète avec indifférence totale aux choses extérieures et désintéressement de l'action, une activité intérieure de l'imagination et de la pensée avec transformation de l'espace et du temps, le sentiment de lévitation, le sentiment de l'ineffable, le sentiment de l'automatisme et de l'inspiration mêlé au sentiment de l'augmentation du pouvoir et de la liberté, les sentiments débordant de force et de joie avec jouissances de toute espèce, les sentiments de perfection artistique, avec illuminations et photismes ; les sentiments de perfection morale avec pureté absolue, de perfection intellectuelle avec conviction complète, le sentiment si intéressant de l'intellection, de comprendre et d'être compris, dépendant surtout de l'indifférence à l'action et de la satisfaction complète, l'interprétation spiritualiste et idéaliste ». D'autre part, Janet précise que « les crises d'extase ne se présentent pas isolées chez des individus bien portants ; elles se présentent chez des individus facilement obsédés qui ont par ailleurs des périodes de sécheresse et de torture. Les jubilations béates alternent avec des états de passion, des états de morosité et des états de mélancolie. Les changements se produisent à l'occasion d'épuisements, de repos ou d'excitation, qui changent la répartition des forces psychologiques ».

L'état passionnel, poussé à son point culminant après la violence des combats qu'il a dû soutenir, explose dans un délire de magnificence, de toute-puissance, de splendeur et de bonheur, un triomphe définitif du bien sur le mal, la récompense des vertus, l'envolée terminale des êtres en une fusion du monde terrestre et des félicités célestes, dans l'apaisement des passions.

IV. — Analyse structurale du rêve

Le rêve d'Angélique, qui est plus exactement, dans sa forme et son élaboration, une rêverie romanesque morbide, un refuge autistique, revêt cependant par de nombreux caractères l'aspect du rêve véritable, essentiellement actionné par des tendances affectives hypertrophiées de type passionnel ; c'est la réalisation imaginative symbolique de ces tendances, surtout lorsque celles-ci subissent le double frein de la répression consciente ou du refoulement inconscient. On retrouve dans sa genèse les émotions récentes du vécu passé, les soucis et les aspirations inassouvies, les pulsions instinctives profondes. Le rêve, comme la rêverie, devient la réalisation détournée des désirs réprimés, par un jeu de la pensée et de l'imagination.

Psychiatres ou psychanalystes ont fréquemment étudié des troubles analogues, chez des jeunes filles impressionnables, suggestibles et timides, dans lesquels l'autoritarisme familial, surtout maternel, et une éducation déprimante ont incrusté l'idée de la faute et de la déchéance, et la notion inéluctable du châtiment divin. La névrose apparaît ainsi comme le résultat de la rétention éperdue de toute sollicitation de l'instinct : elle peut évoluer secondairement vers une psychose caractérisée, telle qu'un délire de possession diabolique. Sans oublier que les psycho-névroses sont en elles-mêmes des mondes oniriques où se réfugie le délirant, la réaction névrotique constitue, à l'égal de la sublimation et du rêve chez le sujet normal, une extériorisation des tendances primitivement intériorisées et refoulées. Le rêve apparaît comme la satisfaction hallucinatoire plus ou moins symbolique d'un désir conscient ou inconscient. Il est assez fréquent de voir les mélancoliques faire leurs actes en rêves « pour s'évader de la vie ».

La triple notion de refus vital, d'égotisme infantile, d'échec, implique celle de régression et, sous l'influence, soit de l'excitation intellectuelle, soit de la désassociation brusque ou graduelle des idées, soit de l'affaiblissement ou de la rupture complète de l'équilibre entre les divers pouvoirs intellectuels, les éléments oniriques ou oniroïdes font leur apparition.

Les rêves « véritables » chez Angélique semblent pouvoir être plutôt assimilés aux hallucinations hypnagogiques précédant le sommeil. L'hallucination hypnagogique serait en effet, pour Laforgue, « l'interprétation illusoire déformée d'une excitation périphérique ou d'une de ces lueurs entoptiques qui sont dues à

une activité spontanée de la rétine. C'est alors le souvenir d'un objet ou d'une scène contemplée récemment, ou encore une représentation intimement liée aux dernières pensées conscientes », qui fait agir le sujet dans une sorte d'état second ou crépusculaire. Il y a dans les rêveries, les croyances faciles à ces rêveries, les exagérations de vision, les couleurs trop brutales, les divers « escapes of control » des Anglo-Saxons, les hallucinoses de demi-sommeil, décrits par Leroy, ces perceptions qui flottent dans l'espace sans cadre et sans réalité, quelque chose qui se rapproche des sentiments du vide. On peut leur trouver également une certaine ressemblance avec les manifestations de « l'automatisme déchaîné » de Lhermitte et van Bogaert.

Le mécanisme automatique de ces constructions oniriques, sous-tendu par l'affectivité, fait certes jouer le rôle principal aux éléments visuels, mais toutes les excitations sensorielles peuvent intervenir : il y a même pendant le rêve une exagération de toutes les sensations, une exacerbation des facultés perceptives qui ne sont pas sans contribuer à l'élaboration des sentiments d'influence et d'étrangeté concomitantes.

Mignard décrit les hallucinations hypnagogiques et les pseudo-hallucinations psychiques comme les résultats de la subduction mentale morbide qui aboutit aux idées d'influence. « Les malades s'imaginent que les manœuvres qu'ils croient éprouver ont pour but de les guérir, ou bien ils pensent recevoir des inspirations divines. Plus souvent encore, c'est à l'amour qu'ils attribuent les mystérieuses communications par lesquelles ils se croient atteints. Le dialogue amoureux établi, ils y répondent par des paroles tout intérieures, et cette situation peut se poursuivre pendant des années. »

Le moi, la personne, la pensée gardent au fond leur intégrité, mais sont troublés par une influence dont l'origine paraît extérieure. En outre, dans la passion comme dans l'impulsion, le sujet sent intuitivement qu'il obéit à quelque chose qui n'est pas foncièrement lui-même. Pour Janet, ces idées de possession, d'influence, de révélation, d'inspiration, sont toutes déclenchées par l'association de la désagrégation et de la faiblesse psychologique à l'automatisme psychologique, le sentiment d'irréalité supprimant plutôt le côté matériel que le côté spirituel des choses. C'est de cette façon que naissent les croyances religieuses et, à un niveau plus élevé, les délires mystiques ou d'apparence mystique.

L'inconscient trouvant un exutoire dans le rêve ou la rêverie, il ne s'y exprime pas toujours clairement, mais par symboles.

Dans le cours de l'ouvrage, la symbolisation surgit à chaque page, toujours centrée sur le personnage de l'héroïne. Elle est cet églantier sauvage transplanté qui s'étiole et cesse de donner des roses dès qu'on le néglige ; elle est Agnès, la petite sainte de pierre, grandie et morte dans la pureté et la chasteté ; elle est l'une des « mortes heureuses », disparues « au moment de quelque grande félicité d'amour ». Le monde extérieur qui l'entoure, le décor qui l'inspire (le jardin, le balcon, la fenêtre, la cathédrale), prennent aussitôt à ses yeux une valeur symbolique. Comme dans le rêve, il s'agit d'un mode d'expression synthétique, d'une sorte de condensation des désirs inconscients qui se concrétisent dans les choses. Sur la scène immense de l'imagination, la dramatisation du conflit personnel fait apparemment naître une multitude de personnages irréels mus par les passions : en fait, le sujet de ce drame est essentiellement égocentrique. C'est toujours le moi ou la projection du moi qui, au centre de l'orbite de fiction, dirige les modalités d'action des constructions imaginaires, pour aboutir le plus souvent à leur identification au moi. L'état passionnel, enfin, inassouvi, incompris et par force réprimé, est transféré dans les images de la rêverie qui acquièrent la même personnalité trouble que le sujet, les mêmes élans, les mêmes émotions, les mêmes désespoirs et les mêmes extases.

« La jeune fille entendait ses rêves qui lui revenaient, les espoirs,
« les désirs, ce qu'elle avait mis d'elle dans les choses, à les voir cha-
« que jour et que les choses lui renvoyaient... A son côté, Agnès était
« radieuse, d'une joie qu'elle sentait descendre sur ses épaules et
« l'envelopper, pareille à la caresse de deux grandes ailes. »

V. — Commentaires

Ainsi, cette courte étude du personnage d'Angélique, protagoniste d'un drame qui est en fait celui de l'humanité tout entière, nous révèle-t-elle le rôle essentiel joué par l'élément passionnel dans la genèse des constructions imaginatives et de certains troubles des conduites. Comme tout être passionné, elle est à la fois « souffrance et passivité » (Boigey), mais elle vit en outre dans un monde de combat perpétuel entre ses passions exogènes qu'elle subit et ses désirs conscients ou inconscients inassouvis qu'elle projette dans le monde extérieur de la réalité ou surtout de la rêverie. Toute la structure existentielle reflète la recherche de l'amour et trahit, à chaque pas, l'insatisfaction de ce désir qui

cherche un exutoire dans l'imaginé et le chimérique. « L'humanité endolorie souffre de l'amour non vécu, du conflit entre le conscient, moi des réalités et des instincts vitaux, l'hypermoi, moi de la morale et des religions, et l'inconscient, moi non civilisé, principe de plaisir, de désir, de jouissance et de rêve. » (C. Pascal). Cette interprétation structurale de la personnalité, en tant qu'instrument de projection des désirs, est reprise partiellement par Jung, pour lequel « l'inconscient, le moi archaïque, ne recèle pas seulement la libido, il possède la source de paix, l'aspiration religieuse, la magie naturelle, la fonction fabulatrice ».

C'est ce mécanisme pulsionnel qui guide la conduite d'Angélique dans sa recherche anxieuse d'une libération, d'une évasion loin des contingences pénibles du réel et des traumatismes affectifs de l'amour non vécu.

La surestimation du moi, le désir de domination et de puissance, compensant le sentiment profond, subliminal, d'infériorité et d'insécurité, le bovarysme foncier et les croyances de l'enfance, font, d'autre part, selon l'expression de Dromard, « vivre la vie en représentation bien avant de la vivre positivement ». C'est d'ailleurs cette possibilité propre à certains sujets qui permet l'évolution et l'élévation de la personnalité dans une recherche continuelle et graduelle de la connaissance des choses. La notion d'ignoré, « d'inconnaissable », est très souvent la source intellectuelle de l'angoisse humaine et elle présente de nombreuses analogies avec les inquiétudes obsessionnelles des phobiques, des scrupuleux et des douteurs. La sérénité ne peut exister que dans l'insouciance de la vie ou dans la connaissance totale, parfaite, absolue : c'est la paix de l'esprit extériorisée par Angélique, confiante dans la réalisation certaine de son rêve.

Le mensonge du moi, qui aboutit à cette représentation mentale d'une existence idéale, correspondant aux aspirations de la personnalité, entraîne au sein de celle-ci une double perturbation. En premier lieu, « toute émotion, toute passion, revêt, en plus de sa valeur réelle qui est d'ordre affectif, une valeur représentative d'ordre intellectuel exploitée volontiers comme source nouvelle d'émotion ou de passion » (Dromard). Il en résulte que les constructions imaginaires, nées d'un déséquilibre affectif à l'occasion d'une incidence émotionnelle fortuite favorisante, entretiennent le bouleversement thymique et maintiennent, par l'intellectualisation des phantasmes, la constance de la dysharmonie passionnelle. La faiblesse de l'autocritique favorise en outre la recherche maladive de l'émotion pour elle-même.

Secondairement apparaît une scission de l'être, une sorte de dédoublement affectif en un moi véritable, subjectif qui est, qui aime, qui souffre, et un moi projeté, extériorisé, objectivé, « spectateur complaisant » des actes du premier. Cette dissociation partielle est à la base du narcissisme ou du masochisme, selon que le moi spectateur jouit du bonheur ou du malheur du moi acteur ; elle est également un des supports de la mentalité hystéroïde, du goût de l'exagération et du théâtralisme morbide dans un étouffement des pouvoirs inhibiteurs de contrôle. L'hyperesthésie sensitive des états passionnels, que l'on a aussi appelée la sensibilité romanesque, favorise pour ces mêmes raisons la richesse des éléments imaginatifs : les ressources puisées dans l'ambiance temporo-spatiale et les représentations intellectuelles pures s'intriquent, s'organisent, se condensent en un monde de fictions essentiellement plastique, substitué au monde véritable. Dans la passion plus que dans tout autre domaine, un idéal est toujours une création de l'esprit qui pénètre intimement dans l'imaginaire et s'y imprègne de ses multiples possibilités. Pour atteindre ce but final de leurs aspirations, les passionnels mettent en jeu tout le potentiel émotionnel enfoui profondément dans la mémoire affective.

Dans ces conditions, les élaborations imaginatives reposent essentiellement sur deux facteurs, l'introspection et l'illusion, soumises l'une et l'autre à la partialité des jugements de tendance. L'introspection, quelquefois volontaire, le plus souvent inconsciente, spontanée et réflexe, permet à tout instant de prendre contact avec un état affectif donné qui se trouve accru, exalté, vivifié par le fait même qu'il a été identifié et en quelque sorte exhumé du psychisme. Dans l'édification du monde de l'irréel, intervient cette représentation intellectuelle des sentiments qui ont été eux-mêmes enrichis et transformés par les expériences imaginaires antérieures avant d'être intégrés au stock des souvenirs affectifs. Mais, outre l'imagination, les dispositions mentales et thymiques, l'état passionnel, qui ont présidé à cette intégration, ont également imprimé à l'affectivité leur cachet particulier. Chaque fois que des conflits interviennent entre ces divers éléments, il existe une mauvaise assimilation des interactions affectivo-intellectuelles, qui contribuent ultérieurement à l'apparition d'une hypersensibilité, d'une dysthymie, d'un déséquilibre de type passionnel fait de fougues, d'exaltations, de recherche de l'amour, ou de la joie mystique sur un fond habituel de surestimation du moi.

L'introspection apporte donc rarement des données précises,

pures, abstraites, de la connaissance de soi. Le moi n'est étudié qu'en fonction des tendances, des désirs, des passions nées du vaste système émotionnel et affectif qui sous-tend les jugements comme les perceptions. L'investigation introspective ne fournit qu'un aspect illusionnel de soi. La même fausseté d'interprétation apparaît dans l'exploration sensorielle du monde extérieur où les éléments fictifs de l'imagination se substituent aux données réelles fournies par l'expérience. Le contact avec l'ambiance ne se fait plus que sous l'impulsion des croyances, des aspirations enthousiastes ou, au contraire, des craintes anxieuses. Les sensations deviennent des connaissances erronées et déformées de la réalité des choses : le dynamisme individuel oriente alors toute l'activité mentale vers la recherche exclusive de la fiction, la création imaginative, « l'amour des pures apparences » (Cherbuliez). Les forces vitales sont tendues pour la satisfaction de la seule subjectivité, le sens de la vie s'atténue ou plus exactement se déplace dans la création d'un univers fantastique, compensateur et idéal, étayé par la rêverie qui est, pour Sully Prudhomme, « la contemplation intérieure d'une succession d'états de conscience spontanément associés », d'où jaillissent les images mentales. L'état passionnel, les dérèglements émotionnels, les apports de l'illusion aboutissent donc, d'une part, à la projection des pulsions inconscientes, qui se concrétisent dans les constructions fabulatoires, d'autre part, à une transformation de la réalité absorbée à son tour par l'imaginaire, et l'on retrouve chez Angélique ce que Anthéaume et Dromard ont décrit, dans les travaux poétiques, « l'anthropomorphisme des choses », et, à un degré plus élevé, le panthéisme qui enveloppe le monde des valeurs humaines dans une atmosphère d'amour et de mysticisme ineffables.

Conclusions

Le rêve, ou plutôt l'état de rêve vécu par le personnage romanesque et mythique dont Zola a analysé les vibrations émotives intenses, apparaît comme un délire d'imagination de compensation réactionnelle chez une personnalité névropathique déséquilibrée et schizoïde, dont l'affectivité porte la marque de l'état passionnel. Ce substratum dysthymique supporte tout le système fabulant, enrichi par les données mobiles et sans cesse renouvelées de l'introspection, par la représentation intellectuelle des émotions et par l'apport sensoriel du monde extérieur des réali-

tés. Ces éléments se groupent et se condensent pour édifier un univers irréel, idéal, d'amour et de religion, où se fondent toutes les aspirations de l'être.

Ce domaine de l'imaginé est le symbole du refuge autistique où se replient les processus de défense dans tous les cas où une agression affective déclenche une situation conflictuelle. Il devient le noyau central de l'état névrotique, le *primum movens* du monde de la psychose autour duquel se cristallisent, jusqu'à l'épuisement, tous les dynamismes individuels.

Certes, Angélique n'est qu'un personnage de roman dont les qualités formelles contribuent par elles-mêmes à la construction de la fiction, mais les anomalies de la conduite qu'elle extériorise sont communes à tous les névrosés passionnels qui recherchent, dans le magique et l'imaginaire, la satisfaction des désirs profonds et la négation de l'échec par une évasion loin du monde des réalités pénibles.

Le roman confirme ainsi, non seulement la puissance de création de l'écrivain, mais encore sa connaissance profonde de la psychologie humaine normale et pathologique, et il révèle à chaque instant, comme dans « L'Assommoir », combien Zola a su profiter des leçons de Magnan dont il était à la fois le contemporain et l'ami.

BIBLIOGRAPHIE

Adler. — Le tempérament nerveux. Payot, 1926.

Allendy. — Les Rêves et leur interprétation psychanalytique. Alcan, 1926.

Antheaume et Dromard. — Poésie et Folie. Doin, 1908.

Blondel. — La conscience morbide, 1914.

Boigey. — Médecine des Passions. Alcan, 1914.

Borel et Robin. — Les Rêveries. *L'Evolution Psychiatrique*, 1925, p. 155.

Devaux et Logre. — Les Anxieux. Etude de Psychologie morbide.

Dromard. — Les mensonges de la vie intérieure.

Dumas (G.). — La joie et la tristesse.

Féré. — Les Emotions, 1892.

Freud. — La science des Rêves. Alcan, 1926.

Heuyer et Borel. — Les délires de rêverie. *Soc. de Psychiatrie de Paris*, 1922.

Janet (P.). — De l'Angoisse à l'Extase. Alcan, 1928.

Laforgue. — Le Rêve et la Psychanalyse. Maloine, 1926.

Mignard. — L'unité psychique et les troubles mentaux. Alcan, 1928.

Montanelli (Sestilio). — L'antagoniste émotionnel. Florence, 1900.

Pascal (C.). — Chagrins d'amour et Psychoses. Doin, 1935.

Vaschide et Marchand. — Contribution à l'étude de la psychologie des émotions. *Revue de Psychiatrie*, 1900.

LA REPONSE MYOCLONIQUE A LA STIMULATION LUMINEUSE INTERMITTENTE (*) EN PSYCHIATRIE

PAR

HENRI BONNET (**) et HÉLÈNE BONNET

Il est reconnu que l'on observe assez rarement d'importantes modifications de l'électro-encéphalogramme « de repos » chez les malades mentaux, hormis chez ceux dont le trouble mental est symptomatique d'une altération nettement « organique » (tumeur, encéphalopathie, artériosclérose ou abiotrophie cérébrale), s'accompagne d'épilepsie, ou d'une altération importante de la vigilance.

Si un certain pessimisme se dégage de la lecture des travaux consacrés à l'analyse « statique » des tracés des malades mentaux, les études qui ont abordé le problème de l'électro-encéphalogramme en psychiatrie sous l'angle de la « réactivité » à des stimulations de natures diverses : psychologique (attention, émotion), sensorielle (visuelle, auditive, tactile), chimique (cardiazol, insuline), paraissent au contraire ouvrir une voie de recherche fructueuse et d'une grande portée, tant pratique que théorique. Parmi ces travaux, un certain nombre aboutissent à la notion de « seuil », d'abord dit « épileptique », puis « convulsivant », et enfin « myoclonique », à mesure de la constatation fréquente de l'abaissement de ce « seuil » chez des malades mentaux n'ayant jamais présenté de manifestation épileptique.

Nous voudrions aujourd'hui relater notre expérience de l'étude du « seuil myoclonique » en psychiatrie, en précisant d'emblée que nous ne parlerons dans le présent travail que du seuil « myo-

(*) ou Réponse Photo-myoclonique (R.P.M.).
(**) Hôpital Psychiatrique du Puy (Hte-Loire).

clonique » obtenu par la seule S.L.I., à l'exclusion de toute stimulation chimique associée, en particulier cardiazolique.

Notre travail repose sur les données de la littérature auxquelles nous confronterons notre expérience personnelle qui porte sur l'enregistrement, depuis 1950, d'environ 3.000 malades mentaux, dans les hôpitaux psychiatriques de St-Jean-de-Dieu à Lyon, du Vinatier à Lyon-Bron, et, depuis deux ans, de Montredon au Puy. A tous ces malades, la S.L.I. a été systématiquement pratiquée, ainsi que la S.P.C., lorsque les tracés de repos, d'hyperpnée ou sous S.L.I. se révélaient normaux. C'est donc sur un total d'environ 550 réponses myocloniques à la seule S.L.I. que repose l'expérience analysée aujourd'hui.

A. — Généralités

Dès que fut utilisée la S.L.I. comme épreuve de routine au cours de l'enregistrement électro-encéphalographique, on s'aperçut que certains sujets présentaient des réponses myocloniques dans des conditions particulières de fréquence des éclairs stimulateurs, de brillance, de distance de la lampe aux yeux, etc... Ces réponses « photo-myocloniques », signalées par Grey Walter notamment, ont été beaucoup étudiées, en France, par l'école électro-encéphalographique de Marseille, avec Gastaut et ses collaborateurs [en particulier Corriol, Dongier, Gallavardin (1950, 1951, 1952, 1955)] ; ailleurs, par J. Faure, Rémond, nous-mêmes avec Favel (1953). A l'étranger, elles firent l'objet, entre autres, des travaux de Mundy-Castle, Bickford, Shagass.

Définition

1) Elle doit être avant tout clinique, et c'est pourquoi, comme Shagass, nous adoptons la dénomination de Bickford (1952) de R.P.M., de préférence à celle de Gastaut (réponse fronto-polaire ou irradiée frontale), que nous avions utilisée dans notre précédent travail avec Favel, ou de Rémond (réflexe photo-oculo-clonique).

Les myoclonies provoquées par la S.L.I. peuvent atteindre différents groupes de muscles suivant l'intensité de la réponse.

Dans les cas les plus démonstratifs, les myoclonies sont généralisées à tout le corps, provoquant de violentes secousses des membres supérieurs et inférieurs, du tronc, de la tête ; si la sti-

mulation est prolongée, une véritable crise comitiale tonico-clonique peut survenir.

Dans les cas moins marqués, les clonies sont localisées à la tête, à la face, ou même seulement (cas les plus fréquents) aux muscles fronto-palpébraux.

2) Du point de vue électro-encéphalographique, ces myoclonies se traduisent par des polypointes. Lorsque les clonies sont généralisées et surviennent après une courte volée d'éclairs stimulateurs de fréquence souvent rapide, les polypointes sont de haut voltage, généralisées et d'emblée maxima ; lorsque les clonies sont localisées aux muscles fronto-palpébraux, ne sont obtenues qu'après une stimulation plus ou moins prolongée, pour une gamme de fréquence étroite des éclairs lumineux souvent voisine de la fréquence du rythme fondamental occipital, elles se traduisent par des pointes de moindre voltage localisées aux dérivations antérieures, sont synchrones des éclairs lumineux et augmentent progressivement d'amplitude, c'est la réponse « par recrutement ».

A cette description schématique, on doit ajouter quelques correctifs :

Il arrive en effet que, chez le même malade, au cours d'examens successifs, voire pendant le même enregistrement, à différents moments de la stimulation lumineuse, et encore plus fréquemment au cours de la S.P.C. (que nous n'envisageons pas ici), l'on provoque successivement et dans l'ordre habituel suivant : une réponse par recrutement typique, une réponse d'emblée maxima et une réponse de pointes-ondes diffus et synchrones (réponse photo-convulsive de Bickford). Sans vouloir entrer ici dans la discussion de l'origine musculaire du premier type de réponses, cérébrale du dernier, opinion qui, pour certains auteurs, entraîne une distinction fondamentale, nous constatons que leur présence et leur intrication si fréquente chez nombre de nos malades obligent à penser que, quelle que soit leur origine, leur signification clinique est voisine et leur différence peut-être plus une question de degré que de nature (voir figures n°s 1, 2, 3).

3) Cette définition élimine ce qui, cliniquement ou électriquement, n'est pas la R.P.M. :

Cliniquement :

— le *sursaut* d'abord, réaction de surprise entièrement différente de la myoclonie ;

— les *artefacts oculo-frontaux*, parfois rythmiques, mais asynchrones, de la S.L.I. ;

— les *mouvements de défense* des sujets anxieux ou pusillanimes. Toutefois, certaines R.P.M. très intenses et d'emblée maxima peuvent prêter à confusion en amenant des réactions de ce genre, légitimes.

Electriquement : Le *sursaut* se traduit par des pointes-vertex, bien différentes des polypointes de la R.P.M. Toutefois, nous avons observé des malades présentant à la fois des réactions de sursaut (effet de surprise au début de la S.L.I.), puis des R.P.M. typiques, parfois intenses.

Cependant, il faut reconnaître qu'il existe des « cas limites » où l'on hésite entre artefacts palpébraux, mouvements volontaires et véritable R.P.M. Dans ces cas, une S.P.C. fait rapidement la preuve de l'existence ou non de la R.P.M. (nous n'avons cependant pas retenu ces cas dans nos statistiques).

Technique de recherche

La S.L.I. représente un temps particulièrement délicat de l'examen électro-encéphalographique. Il y aurait intérêt, comme le demandent certains, à ce que cette stimulation soit appliquée de façon uniforme dans tous les laboratoires, de manière à pouvoir comparer les résultats.

Certains auteurs limitent la durée de stimulation à quelques secondes et quelques fréquences. En ce qui nous concerne, et en utilisant un stimulateur Alvar (Varéclat), à éclairs simples et couplés, la stimulation (faite surtout à l'aide des éclairs couplés) est poursuivie pendant plusieurs minutes, avec des arrêts fréquents.

Avec un peu d'habitude, la technicienne reconnaît, dès les 20 ou 30 premières secondes de stimulation, les tracés qui « réagiront » par une R.P.M., et trouve la fréquence stimulatrice la plus efficace. Dans les cas intenses, un seul éclair déclenche myoclonies et polypointes.

Nous plaçons la lampe aussi près que possible des yeux.

Cliniquement, il faut surveiller les mouvements des paupières ; éventuellement, dans les cas « limites », tenir les yeux (on sent les clonies synchrones des éclairs), demander au sujet ce qu'il ressent, et lui faire fréquemment ouvrir et fermer les yeux, la stimulation étant plus efficace lorsque les yeux sont fermés.

Le choix du montage est, à notre avis, loin d'être indifférent et peut dans une large mesure rendre compte des variations observées d'un laboratoire à l'autre. Il semble que les montages à distances inter-électrodes moyennes (type Standard-Bristol), comprenant une électrode fronto-polaire, soient particulièrement aptes à mettre en évidence ces réponses. Dans certains cas, il faut faire dérouler le papier à grande vitesse pour apprécier la parfaite synchronie entre éclairs et polypointes.

Tracés de repos

Tous les types de tracés de repos s'observent et il est bien difficile de prévoir l'existence d'une R.P.M. d'après le seul aspect des rythmes de repos, hormis certains cas (rares) où existent des pointes ou polypointes accompagnées ou non de myoclonies spontanées.

C'est cependant en présence d'un tracé anormal qu'on a le plus de chance de voir apparaître une R.P.M., qu'il s'agisse d'un tracé avec une forte composante de rythmes rapides, ou d'un tracé lent, ou comportant un mélange d'activités lente et rapide. La constatation d'une R.P.M. semble rarement observée dans les tracés strictement normaux où la répartition des rythmes suit le mode habituel (alpha postérieur, rythmes plats et rapides antérieurs).

Devant cette hétérogénéité, il ne nous paraît pas possible d'assigner à la R.P.M. une place précise dans la classification de Gastaut qui individualise des tracés d'hypo- ou hyperexcitabilité.

Il ne paraît pas non plus exister un rapport entre la R.P.M. et les modifications par l'hyperpnée ou le type de la réaction d'arrêt.

B. — Valeur de la R.P.M.

Plusieurs questions se posent :

— La R.P.M. constitue-t-elle un signe électro-encéphalographique valable ? Ne s'agit-il pas d'une anomalie variable pour des raisons minimes ?

— La R.P.M. est-elle susceptible de modifications soit physiologiques, soit pharmacodynamiques ?

— La R.P.M. a-t-elle une valeur pathologique, et laquelle ?

I) Stabilité de la R.P.M.

La permanence de la R.P.M. nous paraît certaine, tout au moins dans les cas où l'état neuro-psychique du sujet ne varie pas. Les exemples abonderaient de R.P.M. retrouvées chez le même sujet à plusieurs années d'intervalle, et par des observateurs différents. Nous citerons seulement l'observation suivante comme particulièrement démonstrative, et instructive à plus d'un titre :

P. Carmen, 28 ans (née en 1929). Chorée à 15 ans. Début de crises comitiales Grand Mal à 16 ans. A 19 ans, épisode confusionnel. Puis absences « temporales » très caractéristiques. A 22 ans, épisode catatonique. A cette époque, un premier E.E.G. est effectué à Lyon (Dr Gallavardin) : Les tracés de repos sont normaux, à l'exception de rythmes thêta abondants. Par contre, la S.L.I. fait apparaître une nette R.P.M. avec violentes myoclonies cliniques (1951).

La malade est transitoirement améliorée par des électro-narcoses. L'année suivante, elle est de nouveau hospitalisée, cette fois pour un délire paranoïde symptomatique d'une schizophrénie qui s'aggrave malgré les traitements et nécessite encore actuellement l'hospitalisation. Crises comitiales très rares (la dernière date d'octobre 1954).

Deuxième E.E.G. : août 1956. Discrètes anomalies irritatives focales temporales gauches. Très nette R.P.M. (H. Bonnet).

II) Variations physiologiques ou pharmacologiques

1) *Physiologiques :*

L'attention, la douleur peuvent atténuer ou supprimer la R.P.M. Dans deux cas où la R.P.M. avait été facilement obtenue, nous avons eu la surprise de constater sa disparition pendant plus d'une minute, immédiatement après la piqûre d'une veine, avant toute injection de produit.

Il est difficile de savoir ce que devient la R.P.M. pendant le sommeil spontané — nous n'avons pas eu l'occasion de l'étudier. Elle disparaît dans le sommeil médicamenteux (par exemple, le sommeil induit par le largactil ou les barbituriques).

Les modifications hormonales semblent jouer un grand rôle dans l'apparition de la R.P.M. Lin, Greeblatt et Salomon l'ont vu apparaître pendant la seule période menstruelle du cycle hormonal. Par ailleurs, la plupart des auteurs ont remarqué sa plus grande fréquence dans le sexe féminin (variation du simple au double).

Les variations suivant l'âge paraissent minimes. Les statistiques n'étudient que les R.P.M. chez des malades. Dongier la trouve à tout âge. Nous-mêmes avec Favel avons trouvé sa fréquence égale jusqu'à 60 ans, plus élevée après.

2) *Pharmacodynamiques :*

Les barbituriques l'atténuent ou la font disparaître, en même temps que le sujet devient somnolent (une observation). (Il en est de même pour la triméthadione).

L'insuline. Nous possédons l'observation d'un malade (névrose d'angoisse sur fond psychasthénique) chez qui une R.P.M. est apparue au cours d'un « choc humide » provoqué par 40 unités d'insuline (tracé normal, sans R.P.M., en dehors de l'injection d'insuline).

Les neuroleptiques :

a) *Chlorpromazine.* En général, elle atténue ou fait disparaître la R.P.M., soit progressivement, soit après une brève période d'exagération.

Cet effet s'observe aussi bien de façon aiguë (après injections intraveineuses ou intramusculaires) que de façon chronique, chez des malades soumis au traitement de façon prolongée (Bonnet). Toutefois, il est des cas où le médicament produit une action inverse (intervention d'un facteur individuel, ou question de dose).

b) *Réserpine.* Elle possède les mêmes effets que la chlorpromazine, l'exagération transitoire paraissant plus intense après injection intraveineuse. L'administration prolongée pourrait faire apparaître des R.P.M. (observation de Borenstein).

Les *amphétamines* exagèrent la R.P.M. (une observation d'injection intraveineuse de maxiton).

La *strychnine* également (communication personnelle de Rouvès).

L'injection intraveineuse d'*acide ascorbique* (500 à 1.000 mgr.) l'atténue de façon très transitoire et discrète (quatre observations).

Le *calcium* est sans effet (trois observations).

L'*A.C.T.H.* et la *cortisone* la font apparaître ou l'exagèrent (Lerique et Nékhorocheff).

L'*antabus* peut la faire apparaître chez des sujets fragilisés (une observation).

L'*alcool* est sans grand effet en injection intraveineuse (une observation).

Enfin, le *sevrage brusque d'un médicament* ou d'un toxique absorbés jusque-là de manière prolongée peut être un facteur aggravant (observation de Mestrallet, Bonnet et Chabot). C'est ce qui explique vraisemblablement bon nombre de R.P.M. observées, peu après leur entrée à l'hôpital, chez certains alcooliques très imprégnés.

III) La R.P.M. a-t-elle une valeur pathologique ?

Comme la plupart des auteurs, et malgré le petit nombre des travaux consacrés à l'étude de ce symptôme chez les sujets normaux, nous pensons que la constatation d'une R.P.M. a une valeur pathologique.

1) *La R.P.M. chez les sujets « normaux »*. — Les seules statistiques importantes à notre connaissance sont celles établies par Mundy-Castle en 1953 et Dongier en 1955.

Le premier auteur trouve : 3,9 % de réponses anormales « de type épileptique » dans un groupe de 140 adultes jeunes, et 2,5 % de réponses anormales « de type épileptique » dans un groupe de 40 sujets âgés, tous ces sujets dits « normaux » du point de vue clinique. Toutefois, l'auteur ne précise pas ce qu'il entend par réponse « de type épileptique ».

Dongier (1955), sur un groupe de 35 volontaires (femmes), apparemment indemnes de troubles mentaux, trouve une seule R.P.M., soit une proportion de 2,8 %.

2) *La R.P.M. chez les malades atteints de troubles « neuro-psychiatriques »*. — Mmes Lerique et Nékhorocheff signalent (1952) la fréquence de la R.P.M. chez les enfants atteints de troubles « neuro-psychiques » divers. Lorsque nous avons étudié avec Favel (1953) la R.P.M. chez les malades mentaux, nous avons pris comme population de référence (à défaut de population normale) celle dont l'électro-encéphalogramme fut enregistré au laboratoire d'un hôpital général, en l'occurrence celui de l'hôpital E.-Herriot, à Lyon (Dr Courjon). Dans cette population, les malades mentaux représentent une petite minorité. Sur une tranche de 2.692 tracés, 64 R.P.M. ont été trouvées, soit 2 %.

3) *La R.P.M. en psychiatrie*. — Depuis 1951, un certain nombre de travaux ont été consacrés à l'étude de la R.P.M. en psychia-

trie. Après Gastaut et ses collaborateurs, notamment Dongier, J. Faure a insisté sur la fréquence de la R.P.M. dans les névroses. Nous-mêmes avec Favel apportions, en 1953, une statistique reposant sur l'étude de 505 malades mentaux. En 1954, Shagass apporte un travail reposant sur l'étude de 411 électro-encéphalogrammes de malades mentaux. Enfin, récemment, nous avons repris l'étude des R.P.M. trouvées chez 1.500 malades de l'hôpital psychiatrique du Vinatier (Lyon-Bron), vus entre octobre 1952 et mars 1955, et de 177 malades de l'hôpital psychiatrique du Puy.

Voici ce que montrent ces différents travaux :

Bonnet-Favel (1953)	sur	505	mal.	ment.,	58	R.P.M.,	soit	11,48	%
Shagass (1954)	—	411	—	—	83	R.P.M.,	—	20,2	%
Dongier (1955)	—	35	—	—	6	R.P.M.,	—	17	%
Bonnet (1955), Vinatier	—	1.500	—	—	245	R.P.M.,	—	16,3	%
Bonnet (1957), Le Puy	—	177	—	—	35	R.P.M.,	—	19,8	%

Si l'on tient compte du fait que, d'après les auteurs cités plus haut, la R.P.M. se trouve chez seulement 2 à 4 % de sujets « normaux », le pourcentage de 11,5 à 20 % de cette R.P.M. chez les malades mentaux indique de façon assez peu discutable l'intérêt de sa constatation en électro-encéphalographie psychiatrique, et justifie à nos yeux la poursuite de recherches pour essayer de préciser sa signification.

C. — Valeur de la R.P.M. en psychiatrie

Dans leur travail de 1951, Alliez, Dongier et Pujol avaient ébauché une analyse sémiologique clinique des malades mentaux présentant une R.P.M. Mais, dans son récent article de l' « Encyclopédie », Dongier, tout en considérant la R.P.M. comme d'intérêt certain en psychiatrie, estime qu'elle ne peut être tenue pour « spécifique ni du type, ni de la sévérité de l'affection en cause ». Nous estimons notre expérience actuelle suffisamment étendue pour aborder sur des bases valables cette étude de la valeur symptomatique et pronostique de la R.P.M. en psychiatrie.

I) Valeur symptomatique

Nous séparerons les troubles mentaux suivant que l'on a affaire à des troubles d'origine organique (dans lesquels une cause précise et apparemment unique peut être mise en évidence),

ou à des troubles sans substratum organique démontré, — nous verrons à part l'épilepsie.

1) *Troubles mentaux d'origine organique.* — Ils donnent souvent une sémiologie de type confusionnel, démentiel, ou confusodémentiel, ou simplement des troubles du comportement. Suivant l'évolution, on distingue ces troubles en : aigus, subaigus ou chroniques. L'étiologie est en général unique, mais extrêmement variée. Nous ne passerons pas en revue toutes les étiologies, nous contentant de celles que nous avons rencontrées.

L'intoxication alcoolique, surtout sous la forme bien spéciale de l' « alcoolisme psychiatrique », s'accompagne particulièrement fréquemment de R.P.M.

Nous n'avons enregistré qu'un cas de delirium tremens. Ce malade venait de faire une crise comitiale quelques heures avant l'enregistrement. Il présentait une intense R.P.M.

Nous avons enregistré 12 malades rentrant dans le cadre « syndrome de Korsakoff-Gayet-Wernicke ». Nous avons trouvé une R.P.M. quatre fois, soit 33 %.

Enfin, sur 392 malades atteints d' « alcoolisme chronique avec troubles du comportement », nous avons trouvé 75 R.P.M., soit 19,1 %.

Suivant le sexe, on trouve : 47 hommes sur 310, soit 15 % ; 28 femmes sur 82, soit 34 %.

Shagass trouve 27,3 % dans son groupe de 11 alcooliques chroniques.

Courjon et J. Perrin trouvent : sur 38 alcooliques sans manifestation comitiale : 10 R.P.M., soit 26 % ; sur 41 alcooliques ayant présenté des manifestations comitiales au cours de leur intoxication alcoolique : pas de R.P.M., mais seulement des abaissements du S.P.M.

Intoxications médicamenteuses diverses. — Shagass signale l'existence de R.P.M. dans les intoxications médicamenteuses par les barbituriques ou les bromures.

Nous-mêmes avons observé l'apparition d'une R.P.M. particulièrement intense au décours d'une cure de sommeil qui avait nécessité l'administration de fortes doses de barbituriques et de neuroleptiques.

Nous avons également observé une R.P.M. au cours d'un incident psychiatrique provoqué par le rimifon.

Rouvès nous a signalé avoir vu une R.P.M. très marquée chez un sujet intoxiqué par la strychnine.

Certaines méningo-encéphalites :

Gr., 27 ans. Dans le décours d'une méningite à pneumocoques, apparition de deux crises jacksoniennes et d'un état confusionnel marqué. L'E.E.G. montre alors un tracé lent de type thêta avec bouffées delta, et une R.P.M. Cette dernière disparaît en même temps que le tracé s'accélère et que l'état clinique s'améliore. (Hôpital Psychiatrique S.-Jean-de-Dieu à Lyon).

Syndromes neuro-psycho-anémiques (à symptomatologie de Korsakoff ou de Gayet-Wernicke) :

Quin. Marie, 62 ans. Etat confuso-démentiel avec paroxysmes oniriques anxieux. Contracture oppositionnelle. Hyper-réflectivité tendineuse sans signe pyramidal. Pas de trouble oculaire. Anémie autour de 3.000.000 de G.R. sans étiologie apparente.

E.E.G. : rythmes lents (delta monorythmique à 3-4 c./s.). Parfois ondes encochées évoquent des pointes-ondes. S.L.I. : nette R.P.M.

Démences atrophiques. — L'un de nous, dans sa thèse consacrée à l'aspect électro-encéphalographique des atrophies cérébrales, a trouvé des R.P.M. dans les cas où l'atrophie se traduisait électriquement par un « tracé monorythmique à 7-8 c./s. ».

Traumatismes. — Les R.P.M. sont exceptionnellement trouvées dans les traumatismes crâniens. Par contre, nous en avons rencontré à plusieurs reprises lors de troubles mentaux (confusion, anxiété, névroses d'angoisse), survenant dans le décours d'un *traumatisme cervical,* et dans un certain nombre de syndromes sujectifs post-traumatiques.

Dans l'ensemble, en ce qui concerne les *états de déficience intellectuelle chronique d'origine organique,* nous avons trouvé en 1953 :

états démentiels,	sur 33 cas	3 R.P.M., soit 9 %,
états d'arriération,	— 39 —	2 R.P.M., soit 5,1 %.

2) *Troubles mentaux sans substratum organique démontré.* — Dans ces cas où l'examen du cerveau ne met pas en évidence de lésion anatomique, on ne trouve pas d'étiologie précise en dehors d'une « fragilité » nerveuse, bien souvent constitutionnelle, ou acquise (répétition de « stress » d'ordre physique ou psychologique...).

C'est dans ces cas que l'examen électro-encéphalographique

pourrait se révéler particulièrement utile en apportant la preuve d'un trouble nerveux fonctionnel.

Nous étudierons successivement la R.P.M. dans les grands syndromes psychiatriques, puis en fonction des symptômes :

a) *Les grandes entités nosographiques psychiatriques.* — Nous donnerons dans l'ordre chronologique les résultats statistiques fournis par les différents auteurs.

Alliez, Dongier et Pujol (1951), sur 30 R.P.M., trouvent :

15 épileptiques sans trouble mental (R.P.M. d'emblée maxima) ;

15 malades mentaux (R.P.M. lentement progressive), parmi lesquels :

9 psychasthéniques ;
2 schizophrènes ;
2 débiles avec bouffées délirantes ;
1 confusion éthylique ;
1 homosexuel.

Bonnet et Favel (1953), sur 58 R.P.M., trouvent :

Schizophrénies	sur	113	malades,	20	R.P.M.,	soit	17 %
Délires chroniques	—	64	—	11	—	—	17 %
Psychoses périodiques	—	20	—	1	—	—	5 %
Névroses, déséquilibres, troubles du comportement	—	139	—	4	—	—	2,8 %

Shagass (1954) fournit une statistique difficilement comparable aux travaux français en raison de la différence de nomenclature utilisée :

Schizophrénies	sur	98	malades,	25	R.P.M.,	soit	25,6 %
Etats paranoïdes	—	7	—	1	—	—	14,3 %
Dépression	—	143	—	25	—	—	17,5 %
Etats anxieux	—	67	—	13	—	—	19,4 %

Dongier (1955) trouve :

Délires chroniques	sur	35	malades,	6	R.P.M.,	soit	17 %

Bonnet (1956), sur 1.500 malades de l'hôpital psychiatrique du Vinatier :

Schizophrénies	sur	209	malades,	48	R.P.M.,	soit	23 %
Délires chroniques	—	131	—	34	—	—	25,2 %

Bonnet (1957), sur 177 malades de l'hôpital psychiatrique du Puy, trouve :

Schizophrénies	sur	86	malades,	23	R.P.M.,	soit	26,7	%
Délires chroniques	—	25	—	5	—	—	20	%
Névroses, troubles du comportement	—	16	—	2	—	—	12,5	%
Psychoses aiguës	—	8	—	4	—	—	50	%
Epilepsie	—	33	—	6	—	—	18	%
Démences organiques	—	9	—	1	—	—	11	%

Il ressort de ces travaux que la R.P.M. se trouverait dans 17 à 26 % des cas de schizophrénies ; dans 14 à 25 % des cas de délires chroniques.

D'après nos propres constatations, il semble que la R.P.M. soit moins fréquente dans les troubles mentaux mineurs du type névrose ou déséquilibre, où nous l'avons trouvée dans 12,5 % des cas. Shagass, cependant, trouve la R.P.M. dans 17,5 % des cas de « dépression » et 19,4 % « d'état anxieux ». Il est vraisemblable que ces écarts tiennent à des différences de nomenclature.

b) *Les grands syndromes psychiatriques :*

1) *Psychoses.* — Des travaux précédents, il ressort qu'un certain pourcentage de malades mentaux atteints de schizophrénie ou de délire chronique, notamment, présentent une R.P.M. Le problème se pose alors de savoir s'il existe des symptômes cliniques communs à cette catégorie de malades.

Dès 1950, Corriol et Bert, à propos de quelques observations, signalent la fréquence de la symptomatologie catatonique parmi les malades à S.M. bas, notion confirmée ultérieurement par d'autres auteurs.

En 1951, Alliez, Dongier et Pujol, sans apporter de véritable statistique, trouvent comme particulièrement fréquents, chez les malades mentaux présentant une R.P.M., les symptômes suivants : phénomènes psycho-sensoriels, manifestations hypochondriaques, paroxysmes anxieux.

Dans notre travail de 1953, nous confirmions cette dernière opinion, valable surtout, à notre sens, pour les délires chroniques et les névroses.

Shagass, en 1954, trouve la R.P.M. chez : 30 % des schizophrénies catatoniques ; 19,1 % des schizophrénies paranoïdes ; 18,2 % des schizophrénies simples.

Bien qu'une séparation aussi tranchée entre les diverses for-

mes de schizophrénie nous paraisse assez arbitraire, nous avons essayé d'établir le pourcentage de R.P.M. dans ces trois formes de schizophrénie. Sur 23 « schizophrènes » de l'hôpital psychiatrique du Puy présentant une R.P.M., nous trouvons 12 catatoniques, soit 51 %. De même, sur 39 « catatoniques », nous trouvons 18 R.P.M., soit 46,7 %, alors que, sur 45 « paranoïdes », nous ne trouvons que 7 R.P.M., soit 15,5 %.

Il nous semble donc que la R.P.M. s'observe plus volontiers dans les formes catatoniques de schizophrénie, avec cette réserve importante qu'un grand nombre de catatoniques n'ont pas de R.P.M. et ont même des seuils myocloniques élevés, non atteints par des concentrations cardiazoliques supérieurs à 10 mgr./kg.

Aussi, avons-nous cherché d'autres symptômes qui puissent être communs à ces malades que nous connaissons bien, puisque nous les voyons évoluer depuis deux ans et puisque la lecture de leur dossier nous renseigne sur les modalités d'une évolution qui s'étale parfois sur plus de 50 ans.

Nous avons étudié chez ces malades : l'âge, la durée d'évolution, la présence ou non d'épilepsie. Les résultats sont décevants :

— l'âge varie entre 27 et 76 ans ;

— la durée d'évolution entre 5 et 56 ans ;

— 2 malades sur 12 ont présenté des crises comitiales spontanées (une troisième des myoclonies, une quatrième des crises « hystériques »).

On peut simplement dire que, dans tous ces cas, il s'agit de psychoses graves, à forme surtout catatonique, résistant aux traitements (voir plus loin le chapitre pronostic).

2) *Névroses.* — Toutefois, si globalement les R.P.M. s'observent plus fréquemment dans les schizophrénies et les délires chroniques, leur présence est loin d'être exceptionnelle dans les névroses ; c'est peut-être même dans ce groupe qu'une symptomatologie commune semble fréquemment retrouvée au point que, chez certains malades, il nous arrive de prévoir l'existence d'une R.P.M. d'après la seule symptomatologie clinique.

C'est dans les deux groupements symptomatiques suivants de névroses que la R.P.M. nous paraît fréquemment retrouvée :

— les états dépressifs graves et chroniques de l'âge moyen (surtout chez la femme) ;

— certaines névroses hystériques.

Par états dépressifs graves et chroniques de l'âge moyen, nous

entendons ceux où dominent : l'asthénie, les préoccupations cénesthésiques ou hypochondriaques, la tristesse sans douleur morale vraie. Ce tableau se rapproche davantage de la neurasthénie de Béard que de la mélancolie. Quand existe une symptomatologie délirante et hallucinatoire, elle est en général discrète, de loin dominée par l'asthénie et l'adynamie, confinant parfois à la stupeur.

Il s'agit le plus souvent de femmes âgées de 45 à 65 ans.

Les troubles résistent aux sédatifs et aux toniques. Ils sont aggravés par les thérapeutiques de choc, et aussi par les neuroleptiques.

Nous possédons toute une série d'observations de ce type de malades que nous suivons parfois depuis plusieurs années (et que nous rassemblerons dans un travail ultérieur). A titre indicatif, signalons que, sur 2.489 enregistrements, nous avons isolé 23 cas de grande hypochondrie, parmi lesquelles se trouvent sept R.P.M., soit 30,4 % (voir figure n° 4).

Certaines névroses hystériques. — Dans ces cas, les troubles du comportement ou du « caractère » sont dominés par une symptomatologie paroxystique du type « spectaculaire » : « crises » atypiques, depuis la banale crise de nerfs jusqu'à la grande crise hystérique. Toutefois, il arrive que d'authentiques crises comitiales s'intriquent à la symptomatologie névrotique, rendant ardue et bien souvent illusoire une opposition absolue entre ces deux types de manifestations « critiques », sans oublier qu'une symptomatologie de type « hystérique » s'observe fréquemment au début ou au cours de l'évolution d'authentiques psychoses.

La fréquence de la R.P.M. dans cette catégorie de troubles s'oppose à la rareté de sa constatation dans les autres types de névroses (névrose d'angoisse simple, névrose obsessionnelle).

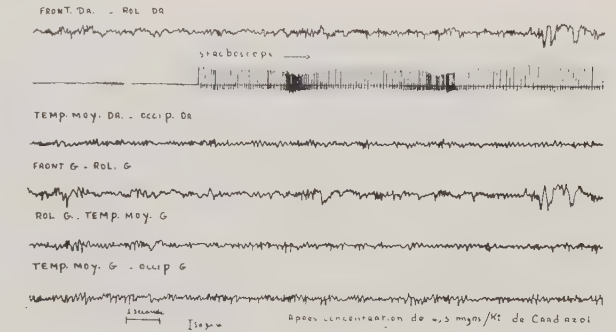
Shagass trouve trois R.P.M. sur six cas d'hystérie « de conversion ».

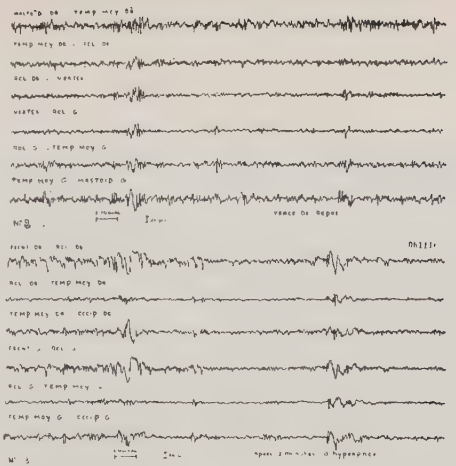
Nous-mêmes, sur 2.489 enregistrements, avons trouvé 43 malades dont la sémiologie clinique dominante était qualifiée d' « hystérique » par les médecins qui nous avaient adressé les malades (essentiellement paroxysmes de « crises » à caractère très démonstratif, noyées dans une symptomatologie névrotique en général assez caractéristique) ; sur ces 43 malades (toutes des femmes), se trouvent 10 R.P.M., soit 23,3 %.

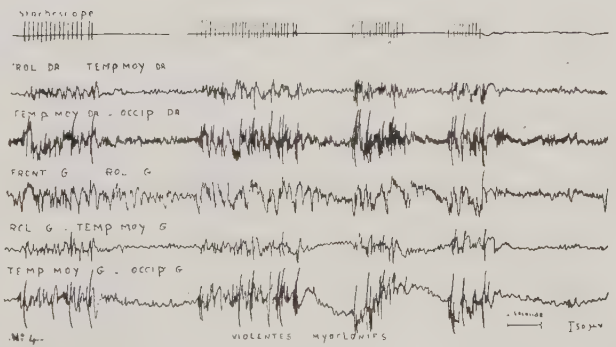
3) *Epilepsie.* — L'étude de la R.P.M. dans l'épilepsie a surtout été faite sous l'angle de « l'épilepsie photogénique », cas où, chez

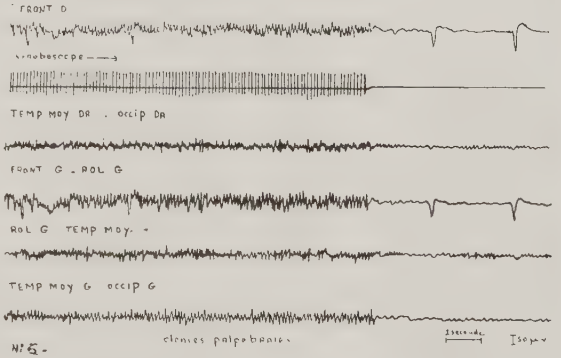
FIG. N° 1. — *Parenté entre pointes, polypointes, pointes-ondes (observés au cours des tracés de repos et d'hyperpnée), R.P.M. d'emblée maxima, et R.P.M. lentement progressive.*

M. C., 45 ans. Psycho-névrose anxieuse. Idées et tentative de suicide. Echec de nombreux traitements, y compris convulsivothérapie.









De gauche à droite et de haut en bas :

En haut : N° 1 (à gauche). Tracé avant cure de sommeil. Rythmes de repos normaux. S.L.I., sans effet. Stimulation photo-cardiazolique : pointes larges bi-frontales à la concentration de 4,5 mg./kg. (tracé normal).

N°s 2 et 3 (à droite). Apparition, au décours d'une cure de sommeil ayant nécessité de fortes doses de barbituriques et chlorpromazine, d'un état confuso-anxieux très intense et d'une crise comitiale.

L'E.E.G. montre des anomalies épileptiques spontanées contemporaines, bien souvent de secousses myocloniques.

En bas : N° 4 (à gauche). La S.L.I. faite au cours du même enregistrement que le tracé N° 2, montre une intense R.P.M. d'emblée maxima.

N° 5 (à droite). Trois mois après, la confusion est dissipée depuis longtemps. Pas de nouvelle crise comitiale. La psychonévrose anxieuse

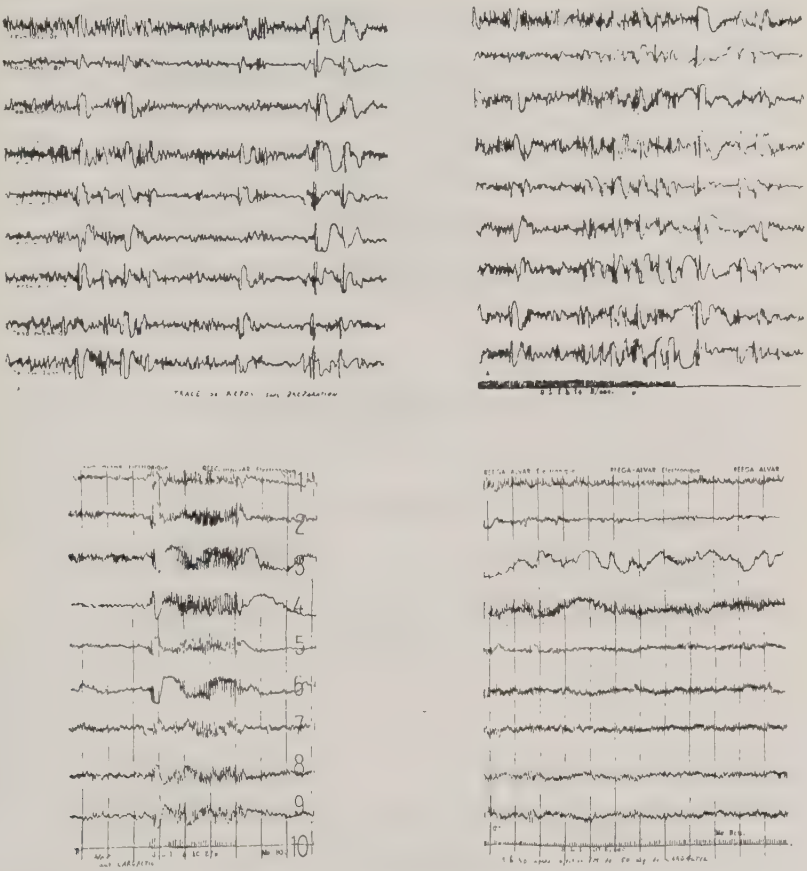


FIG. N° 2. — *Parenté entre pointes-ondes (spontanés ou provoqués par S.L.I.), R.P.M. d'emblée maxima et R.P.M. lentement progressive.*

Mlle B., 74 ans. Hospitalisée depuis 40 ans pour un syndrome schizophrénique. Présente des périodes d'excitation atypique accompagnées, les deux premiers jours, de myoclonies violentes.

N° A et A' (tracés du haut). Pendant l'épisode d'excitation, le tracé montre des P.O. spontanées (à gauche) ou provoquées (à droite) par la S.L.I.

N° B et B' (tracés du bas). En dehors de ces épisodes, la S.L.I. déclenche une R.P.M. d'emblée maxima (à gauche), transformée en R.P.M. lentement progressive (à droite), 1 h. 30 après injection intramusculaire de 50 mg. de chlorpromazine.

(Hôpital psychiatrique du Puy).

(Extrait de H. BONNET : Chlorpromazine et modifications de l'E.E.G. des malades mentaux. *Encéphale,* 1956, p. 567 et sq.).

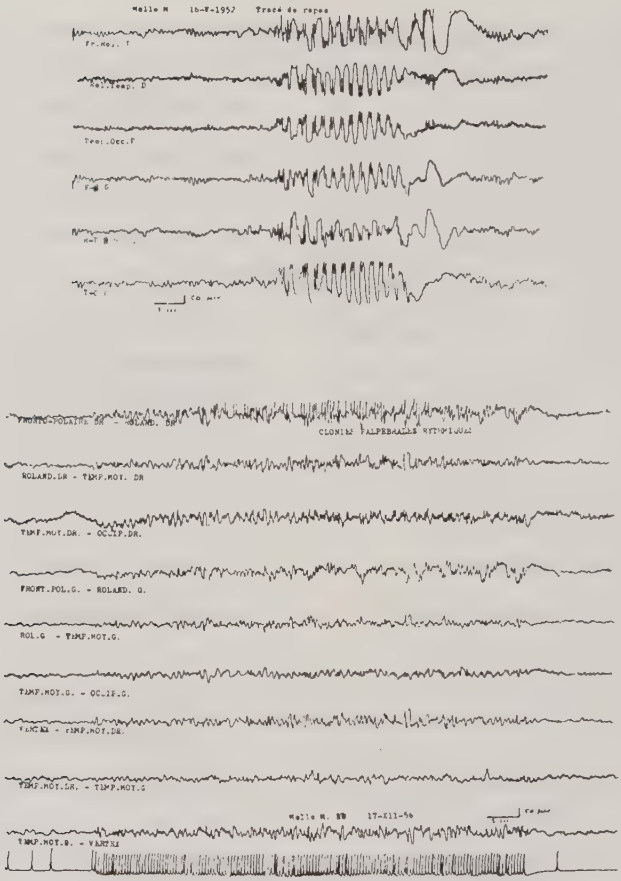


FIG. N° 3. — *Parenté entre les bouffées de pointes-ondes de type « Petit-Mal » et la R.P.M.*

Mlle M. Andrée. Née en 1927. Absences Petit-Mal depuis l'âge de 7 ans. Les absences disparaissent progressivement pour faire place, à partir de l'âge de 15 ans, à des crises Grand-Mal, survenant en salves aux époques menstruelles, environ 3 fois par an. Par ailleurs, état anxieux chronique avec insomnie.

Tracé du haut (en mai 1952) : Bouffée de pointes-ondes accompagnée d'absence survenue spontanément. La S.L.I. effectuée au cours du même enregistrement ne modifie pas le tracé.

Tracé du bas (en décembre 1956) : R.P.M. du type progressif à la simple S.L.I. Les tracés de repos et d'hyperpnée n'ont fait apparaître aucune anomalie.

(Hôpital psychiatrique du Puy).

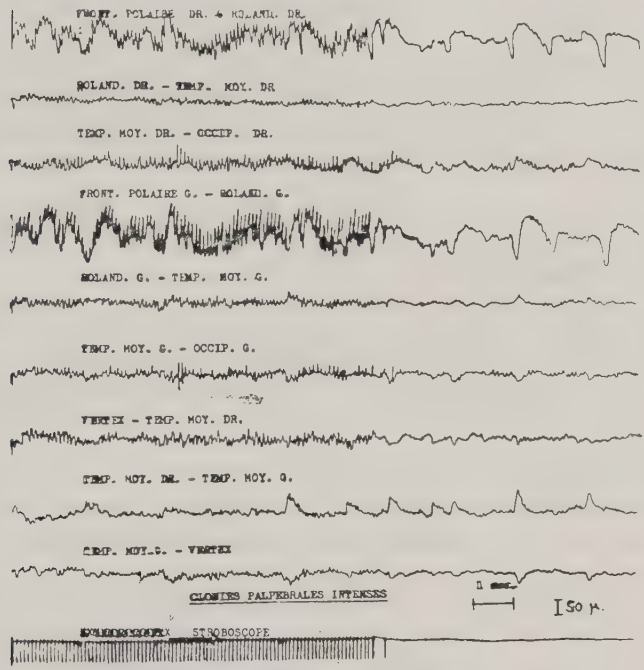


FIG. N° 4. — R.P.M. progressive par « *recrutement* ».

Mme C., 43 ans. *Etat dépressif de type neurasthénique* évoluant depuis 4 ans. Plusieurs hospitalisations. Echec de tous traitements (à visée somatique générale ou nerveuse).

Dernière hospitalisation en juin 1954 (clinique Pr Dechaume, Hôpital du Vinatier, Lyon-Bron).

Du point de vue mental : état dépressif neurasthénique avec anxiété et cœnestopathie.

Du point de vue somatique : teint bistre, hypoglycémie (0,65), chute des cétostéroïdes (1 mg. 70), hypotension artérielle (10,5/5). Pas d'effet du traitement hormonal surrénal.

Aggravation clinique par le largactil (anxiété et asthénie augmentees) et par les électro-chocs qui déclenchent un état stuporeux avec ébauche de délire aigu.

L'E.E.G. a été enregistré avant tout traitement. Les tracés de repos sont normaux.

(Hôpital psychiatrique du Vinatier, Lyon-Bron).

des épileptiques connus, l'électro-encéphalogramme met en évidence, au cours de la S.L.I., une réponse soit à type pointe-onde, soit plus rarement à type « polypointe d'emblée maxima ».

Ici, nous envisagerons les rapports entre S.L.I. et épilepsie sous une incidence différente, sans méconnaître l'ampleur de

cette question que nous n'abordons volontairement que de façon très superficielle.

Nous rappellerons d'abord ce que nous avons dit plus haut des rapports étroits qui existent entre la réponse pointe-onde (réponse photo-convulsive), voire les pointes-ondes spontanées, et la R.P.M. (cf. figures n^{os} 2 et 3).

Dans notre statistique de 1953, nous avions trouvé que :

A l'hôpital général :

19 malades sur 25 présentant une R.P.M. d'emblée maxima (soit 76 %) avaient présenté des crises comitiales ;

14 malades sur 39 présentant une R.P.M. lentement progressive (soit 34,2 %) avaient présenté des crises comitiales.

A l'hôpital psychiatrique :

5 malades sur 8 présentant une R.P.M. d'emblée maxima (soit 75 %) avaient présenté des crises comitiales ;

10 malades sur 50 présentant une R.P.M. lentement progressive (soit 20 %) avaient présenté des crises comitiales.

Dans la statistique de 1951 d'Alliez, Dongier et Pujol, les 15 malades ayant une R.P.M. d'emblée maxima étaient des épileptiques. Ces travaux confirment l'opinion selon laquelle l'abaissement du « seuil myoclonique », en particulier l'existence d'une R.P.M. (surtout d'emblée maxima), peut favoriser la survenue de crises comitiales.

Dans la plupart de nos cas, les manifestations épileptiques consistaient en grandes crises tonico-cloniques classiques : une fois la malade n'avait présenté que des myoclonies spontanées, une autre que des grandes crises associées à des absences psychomotrices.

Quant aux troubles mentaux accompagnant l'épilepsie, ils sont en général liés à la fréquence des manifestations comitiales ; ils sont surtout de type névrotique (névrose hystérique, névrose de caractère, etc...), lorsque domine la symptomatologie proprement épileptique ; quand les troubles mentaux sont de type psychotique, la symptomatologie épileptique s'atténue. Dans le premier cas, l'on observe surtout des R.P.M. d'emblée maxima ; dans le deuxième, des R.P.M. lentement progressives. Evidemment, cette règle est loin d'être absolue, mais nous l'avons observée assez fréquemment pour qu'elle nous paraisse pouvoir être formulée.

II) Valeur pronostique

De nombreux auteurs ont signalé les modifications du « seuil myoclonique » chez les malades mentaux : Gastaut et ses collaborateurs, notamment Corriol, Bert, Dongier, Miletto (1949 et suivantes) ; Denis Hill (1950), Hoenig et Libermann (1953), Courjon et Bonnet (1951), Bonnet et Favel (1953).

Si la plupart des auteurs sont d'accord pour trouver un intérêt certain à l'étude du « seuil myoclonique » des malades mentaux, ils divergent par contre sur la signification pronostique à lui attribuer. D. Hill, puis Hoenig et Libermann constatent l'abaissement maximum dans les phases de rémission des schizophrènes catatoniques.

Nos propres constatations qui, redisons-le, portent sur l'enregistrement parfois multiple de 3.000 malades mentaux depuis 1950, tous avec stimulation, soit S.L.I. seule, soit S.P.C., ne semblent pas confirmer entièrement ce point de vue.

Voici ce que nous avons constaté :

a) *Disparition ou atténuation de la R.P.M. lorsque le malade s'améliore, et accentuation lorsqu'il s'aggrave.* — Cette constatation nous paraît évidente dans les troubles mentaux aigus et curables, notamment les troubles confusionnels d'origine toxique (voir fig. n° 1). Pour les formes graves de schizophrénie ou de délire chronique, la guérison effective étant rare, surtout chez les malades porteurs de R.P.M., nous n'avons pas eu fréquemment l'occasion de constater la disparition de la R.P.M. Par contre, nous pourrions citer plusieurs observations, d'une part, de malades de ce groupe chez lesquelles les périodes d'excitation se traduisaient par une aggravation de la R.P.M. (nous pensons que ces périodes d'excitation constituent une régression par rapport au niveau habituel de ces malades), et, d'autre part, de schizophrènes chez lesquelles une thérapeutique par neuroleptiques longtemps prolongée a amené une amélioration notable, en même temps que disparaissait la R.P.M. En fait, comme nous l'avons dit plus haut, cette constatation est rare et n'est pas absolue, mais elle représente ce que nous avons le plus fréquemment observé.

b) *Moindre efficacité des diverses thérapeutiques sur les troubles mentaux des malades porteurs de R.P.M.* — Nous avons surtout étudié l'effet des neuroleptiques, dont on sait l'intérêt dans

une gamme étendue de troubles mentaux graves. Lors du Colloque de Paris en 1955, nous avons publié une statistique portant sur les résultats de la thérapeutique par largactil chez 28 malades porteurs de R.P.M. Dans 19 cas, soit 67 %, le traitement fut un échec, alors que, chez 19 malades dont le seuil myoclonique fut obtenu pour une concentration cardiazolique supérieure à 3 mgr./kg., il y eut 67,5 % de bons résultats (12 malades).

Il semble bien qu'il en soit de même pour la réserpine et le stémétil (travaux personnels en cours).

La même constatation peut être faite pour les autres traitements psychiatriques :

— *cures de sommeil* (qui nécessitent chez ces malades des doses élevées de barbiturique, et qui se compliquent beaucoup plus facilement que chez d'autres de syndromes confusionnels, avec parfois hyperthermie, voire délire aigu) (deux cas personnels) ;

— *traitements de choc,* également peu efficaces chez ces malades, de même que les *cures de Sakel.* A propos de celles-ci, nous devons dire que, contrairement à notre attente, nous n'avons pas vu apparaître de crises comitiales ou de myoclonies au cours des comas insuliniques pratiqués chez deux malades porteurs de R.P.M.

En somme, la constatation d'une R.P.M. chez un malade mental dont le trouble n'est pas lié à une étiologie « exogène » précise indique une perturbation nerveuse sérieuse devant faire réserver le pronostic, *quelle que soit la symptomatologie clinique : qu'il s'agisse d'une névrose ou d'une psychose.* C'est, à notre avis, un des intérêts de l'étude du seuil myoclonique en psychiatrie que d'ouvrir une perspective nouvelle pour apprécier le pronostic d'un trouble mental, indépendamment d'une séméiologie et d'une nosographie dont la fragilité et la relativité sont reconnues.

Mais ceci ne doit pas faire perdre de vue qu'un très grand nombre de malades mentaux, dont la symptomatologie clinique est très superposable à celle des malades dont nous venons de parler, présentent des seuils myocloniques tout à fait normaux, parfois même non atteints par des concentrations élevées de cardiazol.

Nous conclurons donc seulement de cette étude sur la valeur pronostique de la R.P.M. en clinique psychiatrique, que la constatation d'une R.P.M. (ou d'un abaissement du seuil myoclonique)

est intéressante et constitue une donnée positive, alors que l'absence de R.P.M. ou l'évidence d'un seuil myoclonique normal n'ont pratiquement pas de signification.

Signification neuro-physiologique de la réponse photo-myoclonique

Aussi bien les travaux expérimentaux de nombreux auteurs (en particulier Gastaut et Hunter) que les constatations cliniques et anatomiques (hydrocéphalies, tumeurs ou hémorragies du tronc cérébral, traumatismes cervicaux) concourent à accorder une grande importance à la structure réticulée méso-diencéphalique dans la genèse de la R.P.M.

On sait l'importance de cette formation réticulée (F.R.) dans le maintien de la fonction vigile, et dans l'électrogénèse cérébrale normale. Les modifications de la vigilance physiologiques (sommeil) ou pathologiques (confusion, coma) sont dues à une modification fonctionnelle ou lésionnelle de la F.R.

L'existence de R.P.M., au cours des troubles de la vigilance d'intensité moyenne (nous n'en avons jamais rencontré dans le sommeil physiologique ou provoqué, ou dans le coma), surtout au cours — ou mieux au décours — d'états confusionnels, ainsi qu'à tous les degrés de destructuration de la conscience, l'action élective des substances neuroleptiques au niveau de la F.R., et l'action freinatrice de ces mêmes drogues sur la R.P.M., au moins dans les cas cliniquement améliorés, tous ces faits nous paraissent des arguments intéressants pour rattacher la R.P.M. à un certain « niveau » de fonctionnement réticulé.

Dans bien des cas, cette altération réticulée est primitive.

Cependant, bien que difficile à déterminer, le rôle du cortex est certainement très important dans un grand nombre d'autres cas. L'étude des influx corticifuges à la réticulée et leur importance dans le mécanisme de l'éveil, de même que les travaux expérimentaux sur le conditionnement, mettent l'accent sur l'influence tant facilitatrice qu'inhibitrice du cortex sur la formation réticulée.

Les résultats de certaines thérapeutiques, comme les lobotomies préfrontales, démontrent, sur le plan clinique, l'existence de relations cortico-sous-corticales, dont les travaux neuro-physiologiques nous font entrevoir l'extraordinaire complexité.

Ainsi, il paraît bien délicat de fixer une signification précise à la R.P.M. constatée dans les troubles mentaux. Certains parlent

d' « hyperexcitabilité cérébrale », d'autres simplement d' « excitabilité cérébrale déviée ». Usant d'une terminologie encore plus vague, nous considérerons la R.P.M. comme l'expression d'une perturbation des relations cortico-sous-corticales normales, sans préjuger du point de départ et de la signification fonctionnelle de cette perturbation.

Conclusion

Un seul fait est certain : la fréquence de la R.P.M. chez les malades mentaux. Les tentatives pour approcher de plus près la valeur symptomatique de ce signe électro-encéphalographique aboutissent à un certain nombre de constatations qui, à notre avis, attendent confirmation. C'est en particulier le cas de la valeur pronostique de ce signe.

Toutefois, cette certitude, ainsi que les faits que nous avons apportés, confirment l'intérêt de l'étude de la R.P.M. et, d'une façon plus générale, du « seuil myoclonique » en psychiatrie.

Le psychiatre est à la recherche de « tests », de repères objectifs, pour mieux connaître son malade, en particulier son « tempérament », sa « constitution », sa fragilité ou sa résistance nerveuses ; il a besoin de connaître avec le maximum de précision l' « évolutivilité » du trouble dont son patient est atteint.

Peut-être l'étude du « seuil myoclonique », et en particulier de la R.P.M., pourrait-elle fournir au clinicien un élément supplémentaire d'information sur un des aspects biologiques et spécialement nerveux du trouble mental, que cette perturbation nerveuse, dont les variations du « seuil myoclonique » sont un des témoins, soit à l'origine du trouble mental, l'accompagne seulement, ou ne soit que la conséquence d'un « dérèglement » primitivement purement psycho-affectif.

BIBLIOGRAPHIE

I) Références générales concernant l'E.E.G. en Psychiatrie ou certains problèmes neuro-physiologiques

Encyclopédie médico-chirurgicale. Psychiatrie. Tome I.

Gastaut. — L'E.E.G. normal, ses variations en fonction des principaux faits psychiques, 37, 170, A 10, 1-9.

Dongier. — L'E.E.G. dans les troubles psychiques sans lésions organiques démontrées, 37, 170, C 10, 1-7.

Dell. — L'E.E.G. dans l'épilepsie, 37, 170, E 10, 1-14.

Lairy-Bounes. — L'E.E.G. dans les troubles mentaux de causes organiques, 37, 170, G 10, 1-4.

Brain Mechanism and Consciousness, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1954 (notamment les études de Magoun, Moruzzi, Bremer, Gastaut, Jung, Walter, Jasper, Penfield).

Colloque sur l'activité électrique du cerveau en relation avec les phénomènes psychologiques, Marseille, 7-12 novembre 1955.

Azima, Cramer et Faure. — Le système réticulé activateur central. Son rôle en psychopathologie. *Evol. Psychiatrique*, 1955, fasc. 1, 121-143.

Daumézon et Lairy. — Dynamique du rythme alpha en psychopathologie. *Ann. médico-psychol.*, 1957, T. I, n° 1, 35-52.

Dell (P.). — Corrélations entre le système végétatif et le système de la vie de relation ; mésencéphale, diencéphale et cortex cérébral. *J. Physiol.*, 1952, 44, 471-557.

Ey (H.). — Etudes psychiatriques, T. I, II, III. Desclée de Brouwer, édit., Paris.

Faure (J.). — Eléments d'électroencéphalographie psychiatrique. *Rev. Neurol.*, 1950, 83, 6, 624-625.

Garcia-Badaracco. — Electroencéphalographie et psychisme. *Entretiens psychiatriques*. L'Arche, édit., Paris, 1953, pp. 140-165.

Gastaut (H.) et Roger (A. et J.). — De l'intérêt de l'E.E.G. dans les indications de la cure de sommeil. *In* « La cure de sommeil », sous la direction de Nora et Sapir. Masson et C^ie^, édit., 1954, pp. 37-57.

Gastaut (H. et Y.), Roger, Corriol, Naquet. — Etude E.E.G. du cycle d'excitabilité corticale. *E.E.G. clin. neurophysiol.*, 1951, 3, 401-428.

Hiebell, Bonvallet, Dell. — Action de la chlorpromazine au niveau du système nerveux central. *Sem. des Hôp. de Paris*, 1954, n° 37, 2346-2353.

Jasper (H.). — Diffuse projection system : The integrative action of the thalamic reticular system. *E.E.G. clin. neurophysiol.*, 1949, 1, 405-409.

Kammerer, Rohmer, Israel, Wackenheim. — L'E.E.G. des schizophrènes. *Cahiers de Psychiatrie*, Strasbourg, 1955, 10, 20-30.

Lafon, Passouant, Minvielle. — Etude E.E.G. du sommeil des schizophrènes hébéphréno-catatoniques. Comparaison avec les tracés de repos et d'activation cardiazolique. *Ann. méd.-psych.*, 1955, T. II, n° 2, 258-269.

Lairy (G. C.). — Organisation de l'électroencéphalogramme normal et pathologique. Aspect clinique. *Rev. Neurol.*, 1956, T. XCIV, n° 6, 749-801.

Lairy (G. C.). — Déclenchement réflexe de l'activité convulsive. *E.E.G. clin. neurophysiol.*, 1956, 8, 1, 73-85.

Lairy, Garcia-Badaracco, Dell (M. B.). — Epilepsie et troubles de la vigilance. *L'Encéphale*, 1953, 2, 170-192.

Livingstone, French and Hernandez-Peon. — Cortical influences of the reticular activating system. *J. Neurophysiol.*, 1955, vol XVIII, n° 1, 74-93.

Martin (P.). — Corrélations électrologiques et cliniques dans l'étude de l'épilepsie. *Ann. méd.-psychol.*, 1952, 110, 1-41 et 145-174.

Schneider et Thomalske. — L'exploration pharmacodynamique cortico-sous-corticale et ses critères électrographiques. La détermination d'un foyer lésionnel chez l'homme par la technique pentothalique. *E.E.G. clin. neurophysiol.*, 1956, 8, 353-369.

Walter (Grey). — Le cerveau vivant. Delachaux et Niestlé, 1954, 229 p.

II) Références concernant le « seuil myoclonique » et spécialement la R.P.M.

Alliez, Dongier, Pujol. — Corrélations psychiatriques des modes de réponse photique irradiée. Communication au Congrès des Aliénistes et Neurologistes des Pays de Langue Française, Rennes, 1951. Résumé in *Ann. méd.-psych.*, 1951, 109, T. II, pp. 355-356.

Badier et Gastaut (H.). — Etude anatomique de cinq maladies présentant une réponse myoclonique par recrutement sans l'aide de cardiazol. *Rev. Neurol.*, 1951, 84, 676-677.

Bickford, Sem-Jacobsen, White et Daly. — Observations sur le mécanisme de l'activation photique et photo-métrazolique. *E.E.G. clin. neurophys.*, 1952, 4, n° 3, 275-282.

Bonnet (H.). — Action des neuroleptiques sur les crises et les troubles mentaux de certains épileptiques. *Ann. méd.-psychol.*, 1556, T. II, n° 2, pp. 193-226.

Bonnet (H.). — Chlorpromazine et modifications de l'E.E.G. chez les malades mentaux. Corrélations cliniques. *Encéphale*, 1956, T. XLV, n° 4, 858-876.

Bonnet (Henri), Bonnet (Hélène), Courjon (Jean). — Corrélations électro-cliniques dans 400 cas d'activation photo-cardiazolique. *Rev. Neurol.*, 1951, T. LXXXIV, n° 6, 614-619.

Bonnet (H.) et Favel (P.). — Fréquence de la réponse irradiée frontale (R.I.F.) à la stimulation lumineuse intermittente (S.L.I.) chez les malades mentaux. *Rev. Neurol.*, 1953, T. LXXXIX, n° 5, 455-460.

Chamberlain (C. H. A.) and Cordon-Russel (J.). — The myoclonic treshold in schizophrenia. *E.E.G. clin. neurophysiol.*, 1953, n° 5, 169-175.

Corriol et Bert. — E.E.G. et Schizophrénie. Etude des seuils convulsivants. *Ann. médico-psychol.*, 1950, 108, n° 5, 588-597.

Courjon (J.) et Perrin (J.). — Intérêt du contrôle E.E.G. des alcooliques chroniques. *Rev. Neur.*, 1952, 86, 135-149.

Dongier (M.) et Pujol (R.). — Etude des réponses frontales irradiées chez les malades mentaux. *Riv. di Neurologia*, 1951, T. XXI, 41-49.

Faure (J.). — Contribution E.E.G. à l'étude des psycho-névroses. *Presse Médicale*, 1950, 58, n° 32, 572-573.

Faure (J.). — Perspectives psychologiques et thérapeutiques offertes par la S.L.I. La subnarcose provoquée. *Encéphale*, 1952, T. XLI, n° 3, 245-288.

Favel (P.). — Contribution à l'étude des hallucinations. Activité hallucinatoire et E.E.G., à propos de 35 cas de délires hallucinatoires chroniques. *Thèse Lyon*, 1953, 111 pages. Editions Agel, 20, rue François-Garcin, Lyon.

Gallais, Planques et Miletto. — Mesure du seuil myoclonique dans l'hystérie. *Rev. Neur.*, 1950, 82, 587-595.

Garcia-Badaracco. — E.E.G. et psychisme. Entretiens psychiatriques, 1953. Editions de l'Arche, Paris, 1954.

Gastaut (H.). — L'épilepsie photogénique. *Revue du Praticien*, T. I, n° 2, 105-109.

GASTAUT (H.). — Les deux types de réponses photiques irradiées chez l'homme : la décharge myoclonique hypersynchrone et la décharge myoclonique par recrutement. *Riv. Neurol.*, juillet-août 1951, 21, 287-297.

GASTAUT (H.). — L'activation photo-cardiazolique. *E.E.G. clin. neurophysiol.*, 1952, 4, 271-274.

GASTAUT (H.) et GALLAVARDIN (R.). — Les réponses photiques irradiées par recrutement au cours de la S.L.I. : leur signification. *Arch. Inter. Stu. Neurol.*, 1952, 1, n° 4, 1-15.

GASTAUT et HUNTER. — An experimental study of the mechanism of photic activation in idiopathic epilepsy. *E.E.G. clin. neurophysiol.*, 1950, 2, n° 3, 263-287.

GASTAUT (H.) et RÉMOND (A.). — Etude E.E.G. des myoclonies. Rapport à la 13e Réunion Neurologique Internationale, Paris, juillet 1952. *Rev. Neurol.*, 1952, 86, n° 6, 596-650.

HILL (D.). — E.E.G. in episodic psychotic and psychopathic behaviour. A classification of data. *E.E.G. clin. neurophysiol.*, 1952, 4, 419-442.

HOENIG et LIBERMANN. — Etude de la schizophrénie catatonique par la méthode de la stimulation photo-cardiazolique. *E.E.G. clin. neurophysiol.*, 1953, 5, n° 3, 472.

KERSCHMANN. — Activation photo-cardiazolique chez les sujets normaux et dans diverses conditions pathologiques. *E.E.G. clin. neurophys.*, 1951, 3, 383.

LEBASCLE. — Contribution à l'étude E.E.G. de la démence précoce. *Thèse Alger*, 1951.

LEFFMAN et PERLO. — Metrazol and combined photic-metrazol activated E.E.G. in epileptic, schizophrenic, psychoneurotic and psychopathic patients. *E.E.G. clin. neurophysiol.*, 1955, vol VII, n° 1, 61-66.

LERIQUE-KOECHLIN, NEKHOROCHEFF et LE MANSEC. — Valeur diagnostique de la S.L.I. chez l'enfant. *Rev. Neurol.*, 1950, 82, n° 6, 575-577.

MERLAND, BERT et CORRIOL. — Phénomènes convulsifs photogéniques présentés par un malade catatonique. *Comité médical des Bouches-du-Rhône*, séance du 20-I-1950.

MONTASSUT, CHERTOK et LEROY. — Crise comitiale et altérations E.E.G. au cours d'un traitement par la chlorpromazine. *Ann. médico-psychol.*, 1955, T. I, n° 5, 804-807.

MESTRALLET, BONNET (H.) et CHABOT. — Etat confuso-anxieux et crise épileptique au cours d'une cure de sommeil. Aspects clinique et E.E.G. *Journal de Médecine de Lyon*, 1957, 894, 315-320.

MUNDY-CASTLE. — Analyse des réactions centrales à la stimulation photique chez des adultes normaux. *E.E.G. clin. neurophysiol.*, 1953, 5, n° 1, 1-22.

MUNDY-CASTLE. — The clinical significance of photic stimulation. *E.E.G. clin. neurophysiol.*, 1953, 5, 187-202.

PETIT, VALLADE, DONGIER, DANILLON, POSTEL. — Note sur la signification de la R.P.M. observée chez les malades mentaux lors des enregistrements E.E.G. *Ann. médico-psychol.*, 1955, T. II, n° 1, 101-104.

RÉMOND (A.). — Photo-metrazol activation. *E.E.G. clin. neurophysiol.*, 1952, 4, 265-270.

RÉMOND (A.) et GASTAUT (H.). — L' « épitest » ou l'activation chimico-physique dans l'étude et le diagnostic de l'épilepsie. *Rev. Neurol.*, 1949, 81, 503-506.

ROGER (A.) et GASTAUT (H.). — A propos du seuil myoclonique de l'homme normal. *Rev. Neurol.*, 1951, 84, 612-614.

ROGER (A.) et GASTAUT (H.). — Variations fonctionnelles du seuil myoclonique. *E.E.G. clin. neurophysiol.*, 1952, 4, n° 2, 236.

SEM-JACOBSEN et BICKFORD. — Activation photique et photo-métrazolique chez des malades psychotiques. *E.E.G. clin. neurophysiol.*, 1953, 5, n° 1, 127.

SHAGASS (Ch.). — Clinical significance of the photomyoclonic response in psychiatric patients. *E.E.G. clin. neurophysiol.*, 1954, 6, n° 3, 445-453.

SHAGASS (Ch.). — The sedation threshold. A method for estimation tension in psychiatric patients. *E.E.G. clin. neurophysiol.*, 1954, 6, n° 2, 221-233.

SHAGASS (Ch.). — Sedation threshold. A neurophysiological tool for psychosomatic research. *Psychosomatic Medecine*, vol. XVIII, n° 5, 410-419.

THIRY (S.). — Contribution à l'étude des effets de la S.L.I. en E.E.G. *Mémoire pour le titre d'assistant étranger*, Faculté de Médecine de Paris. Maloine, éd., Paris, 1950.

TURNER et BÉRARD. — Action of chlorpromazine in E.E.G. *E.E.G. clin. neurophysiol.*, 1955, 8, n° 2.

ULETT (G.). — E.E.G. activé par la méthode photique, instrument de recherche en psychiatrie. *Psycho-somatique médecin*, 1953, 15, n° 1, 66-83.

VERDEAUX et MARTY. — Action sur l'E.E.G. de substances pharmacodynamiques d'intérêt clinique. *Rev. Neurol.*, 1954, 91, n° 6, 405-427.

VERZEANO, LINDSLEY, MAGOUN. — On the nature of the recruting response. *E.E.G. clin. neurophysiol.*, 1952, 4, 377-378.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance ordinaire du lundi 29 avril 1957

Présidence : M. Michel CENAC, vice-président

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Le secrétaire général fait part des lettres de remerciements qu'il a reçues des Drs Puech-Haguenauer, Chanéac et Lanter, remerciant la Société de les avoir élus membres correspondants nationaux.

COMMUNICATIONS

Délire hallucinatoire dans un cas de tumeur de la loge hypophysaire, par MM. G.-A. Manceaux, Ch. Bardenat et J.-M. Sutter.

Les troubles mentaux qui accompagnent les tumeurs intracraniennes ont toujours suscité chez les psyhiatres un légitime intérêt. Il peut advenir en effet que l'altération psychique soit le signe d'alarme qui provoque l'intervention médicale ; c'est précisément ce qui s'est produit dans l'observation que nous présentons ici, et de tels faits, pour n'être pas exceptionnels, méritent cependant d'être rappelés en raison de leur portée pratique. Mais le point actuellement le plus discuté concerne la nature du lien qui unit la lésion anatomique au désordre mental. A la faveur d'un cas privilégié, nous voudrions montrer qu'entre ces deux ordres de faits il peut exister, non pas seulement une dépendance directe et absolue ou une simple relation de coïncidence, mais un ensemble complexe et nuancé de correspondances, dans lequel les différents registres de la symptomatologie relèvent de mécanismes pathogéniques fort dissemblables.

Observation. — Lucien G..., 61 ans, est hospitalisé pour des troubles de l'humeur (tristesse, repli, accompagnés de brusques et courtes colères), sur lesquels vient soudain déboucher un syndrome délirant et hallucinatoire.

Dans le quartier excentrique d'Alger qu'il habite, et où les attentats terroristes ont fait des victimes parmi des voisins et des amis, il croit découvrir un trafic d'armes qui se ferait près de chez lui, entend charger des camions de grenades, des fellaghas tenir réunion sur la terrasse de sa villa ; il s'indigne de ce que sa femme, qui constate sûrement tous ces faits comme lui, n'ait pas l'air de s'inquiéter, va se plaindre à la police, qui ne s'émeut pas davantage. Il donne pourtant des signalements, des précisions. Il a vu des chefs de bande. Il est sorti à 2 heures du matin pour les surprendre.

A l'hôpital, il proteste contre son admission ; il n'est pas malade. Il est sûr de tout ce qu'il affirme : on peut contrôler ses dires en faisant une enquête.

Mais dès le premier contact avec le malade, on est frappé par son aspect physique : c'est un acromégale et en même temps un myxœdémateux évident. Nous ne nous apesantirons pas sur la description de ces deux syndromes. Précisons toutefois que le status acromégalique est antérieur au service militaire et n'a pas subi de modifications récentes (ce n'est pas une « maladie de Pierre Marie ») et que le myxœdème, avec un net abaissement du métabolisme de base (— 25 %), s'est affirmé depuis trois ou quatre ans environ.

Un examen complet permet de rattacher les troubles physiques de ce sujet déjà âgé à une tumeur calcifiée de la selle turcique, un craniopharyngiome, ayant largement agrandi la loge hypophysaire sans la déborder. Fait assez remarquable, il n'y a pas de troubles oculaires objectifs ni de signes d'hypertension intracranienne clinique. Les perturbations de l'électro-encéphalogramme restent discrètes et l'examen neurologique ne révèle aucune anomalie importante.

L'enquête et l'examen clinique ne décèlent aucun autre facteur étiologique dans le domaine organique.

Cet homme est parfaitement sobre, n'a jamais eu de maladie vénérienne, ne présente pas d'hypertension artérielle. Il a fait dans le passé quelques accès de fièvre qu'on croit être du paludisme et garde depuis cette époque des troubles intestinaux assez peu significatifs.

D'une santé généralement bonne, résistant au travail, il a reçu au cours de la guerre de 1914-18 des blessures périphériques, mais n'a pas subi de traumatisme cranien.

Sans doute, serait-on fondé à conclure que la tumeur intra-sellaire est seule responsable des troubles psychiques de notre malade si l'exploration de sa biographie ne nous apportait d'autres éléments dont le rôle étiologique mérite au moins d'être envisagé.

Lucien G... eut une enfance dominée par l'insécurité matérielle et morale. A la suite d'un accident, son père fut contraint d'abandonner une situation assez belle et ne put jamais rétablir son niveau de vie antérieur. Ainsi, dès 14 ans, sitôt finies ses études primaires, notre malade dut choisir un métier manuel et entrer comme mécanicien au service d'une entreprise de transports automobiles, où il resta jusqu'en 1914. Son habileté et surtout sa force

physique (il pouvait à lui seul, déclare-t-il, faire la besogne de trois hommes) le faisaient apprécier. Appelé sous les armes à 19 ans, il fait vaillamment toute la guerre en France, et se trouve sergent à la démobilisation.

Rendu à la vie civile, il installe un atelier à son compte et demeure longtemps avec ses parents devenus vieux, et dont il tient à assurer l'existence.

Il se remémore ces années comme heureuses ; il n'est pas riche, mais il gagne bien sa vie. Il achète une petite maison et, sa sécurité acquise, se marie. Il a 38 ans, il sera toujours plein de prévenances, nous dit son épouse.

Au début de la dernière guerre, il est mobilisé dans la territoriale et stationne à 50 km. d'Alger jusqu'à l'armistice. C'est là qu'il contracte le paludisme, dont il gardera des séquelles digestives.

Depuis cette époque il ne sera plus rappelé, mais ses affaires vont périclitant, malgré des tentatives répétées d'association. Les emplois salariés eux-mêmes se fermeront à lui à mesure qu'il prendra de l'âge et, depuis quatre ans, il ne trouve guère qu'à « bricoler ».

Dès lors, son humeur change. Il se replie, parle peu ; on le sent découragé, pessimiste. Il manifeste des craintes pour l'avenir, émet l'idée d'aller jouer au Casino dans l'espoir de se renflouer. Il a l'impression qu'on va le voler et il cueille en vert les fruits de son jardin pour prévenir d'éventuelles maraudes.

Le terrorisme installé en 1954 a fait fuir des voisins, dont les maisons ont été rachetées par des indigènes. La turbulence des enfants, les voix aiguës des femmes l'agacent. Il continue encore à s'intéresser à sa maison. Mais depuis l'été de 1955, il donne des signes de fléchissement, se confine chez lui.

Survient enfin l'explosion délirante que nous avons relatée au début de cette observation.

Au cours de l'examen, nous constatons des troubles de divers ordres. Le fonds mental présente une légère détérioration, compte tenu d'une inertie en rapport vraisemblable avec le myxœdème et qui disparut avec l'hormonothérapie thyroïdienne. La chronologie est imprécise, les événements mal situés, l'évocation se faisant par épisodes fragmentaires, riches de détails colorés mais sans cohésion d'ensemble. D'évidentes erreurs de calcul résistent à la rectification. Certains faits reçoivent une justification inadéquate ; on note des confusions de terme par assonances (Berlin pour Verdun, etc...). On relève surtout dans les récits du malade certaines déformations et même des lambeaux de fabulation véritable. Ainsi, il nous dira qu'il touchait double salaire en raison de sa force, qu'il tiendrait d'une origine jurassienne. Il nous persuade presque qu'il est revenu « complètement ravagé » de Tunisie, où il nous décrit sa vie militaire quotidienne en 1939-40, alors qu'il n'y est pas allé mais en a entendu seulement parler par d'autres mobilisés.

Mais, ceci mis à part, le comportement dans le service demeure pragmatique. Tous les automatismes sociaux sont conservés et le langage ne traduit ni aphasie, ni perte de vocabulaire.

Le ton affectif, un peu hostile au début (en raison d'une hospitalisation jugée abusive pour une maladie qu'il reniait) devient peu à peu amical et se traduit par des convictions d'avenir optimistes : dorénavant, G... est certain de sa réussite, mais il ne voudrait pas dévoiler ses plans.

Nous ne reviendrons pas sur le contenu du délire qui a motivé

l'hospitalisation et qui cessera vite d'être préoccupant. La critique n'en sera pourtant jamais admise.

Nous insisterons davantage sur les hallucinations dont nous devenons les témoins.

Elles sont polysensorielles et conjuguées, à prédominance visuelle et tactile. G... nous décrit des sortes de mouches qui viennent d'un arbre de la cour, s'accouplent au plafond de sa chambre, pondent dans ses narines et ses oreilles (qu'il bouche de coton), cherchent à s'introduire dans sa peau, qu'elles piquent ; il nous parle des larves que les autres malades voient comme lui — ou doivent voir — des nids qu'elles forment au pied de son lit (et qu'il détruit consciencieusement), des animaux bizarres et volumineux qui en sortent et ressembleraient à des araignées...

Ces hallucinations vont d'ailleurs en s'estompant en quelques mois, et G... cesse peu à peu de s'y intéresser... Il admet que la saison de ces bestioles est en train de passer. Il n'en demeure pas moins que leur nature nous éloigne du thème construit à l'origine par le malade et se pose alors le problème de leur relation avec le délire.

Les troubles mentaux des craniopharyngiomes, tels que nous les connaissons aujourd'hui, comportent volontiers des phénomènes délirants de type onirique survenant par bouffées. Souvent aussi, des troubles mnésiques et de la fabulation apportent une note korsakowienne qui ne saurait surprendre, étant donné la proximité de la région mamillaire.

Dans notre observation, il semble logique d'admettre qu'une atteinte discrète des voies optiques et l'infiltration myxœdémateuse des téguments sont responsables de phénomènes pseudo-perceptifs visuels et tactiles, représentant un « matériel hallucinatoire » élémentaire. Un fléchissement de l'activité psychique supérieure, dû lui-même aux répercussions physiologiques de la tumeur sur les fonctions cérébrales, fait obstacle à la juste critique de ce matériel et rend compréhensible la note fabulatoire, compensation probable des insuffisances de la pensée dirigée. Peut-être, enfin, le siège basal de la tumeur doit-il être mis en rapport avec les changements survenus dans l'humeur et dans le caractère, mais ces changements peuvent être aussi considérés comme des conséquences légitimes de la situation vécue.

L'influence de cette situation doit en effet obligatoirement être envisagée dans une approche psycho-pathologique des troubles présentés par notre malade. Comment expliquer sans cela que les illusions et les hallucinations aient subi cette curieuse « mutation » de thème après l'hospitalisation, représentant successivement des fellaghas puis des insectes, sans que d'ailleurs ces deux modes pathologiques interfèrent aucunement ?

Si donc la tumeur, par atteinte cérébrale directe et par l'intermédiaire des troubles métaboliques, est très vraisemblablement respon-

sable de la détérioration mentale et de l'apport d'un matériel hallucinatoire élémentaire, le délire apparaît beaucoup plus comme étant de nature « réactionnelle ». L'histoire personnelle du malade, en effet, toute chargée d'expériences vécues comme autant de menaces vitales, a créé les climats affectifs conditionnant la nécessité du délire, qui se présente comme la mise en scène des craintes et des espoirs.

Le sentiment d'insécurité vécu dans l'enfance a pu pendant longtemps être compensé par le dynamisme de la jeunesse, qui a encore permis le franchissement des épreuves d'une guerre. L'époque tranquille de la maturité constitue des souvenirs rassurants que le sujet évoque volontiers en les magnifiant. Mais la seconde guerre, avec le retour de menaces vitales réalisées par la maladie, inaugure le déclin, la dépression de l'élan vital qu'aggrave sur le plan physique le ralentissement du métabolisme, et sur le plan social la dépréciation des facultés ouvrières.

Sur ce terrain psychologique déjà préparé, les circonstances réelles (événements insurrectionnels, ambiance du voisinage) viennent semer les germes du drame délirant, parce que la personnalité diminuée n'est plus capable de les vivre sur le plan de la réalité et de la responsabilité ; et l'on discerne même l'ébauche d'un thème de compensation, si fréquent dans ces productions réactionnelles, le malade, engagé dans une impasse dont la guérison même ne saurait le faire sortir, parlant en termes mystérieux autant qu'imprécis de l'avenir heureux qui va s'ouvrir devant lui.

Le syndrome de la carence d'autorité,

par MM. J.-M. Sutter et H. Luccioni

C'est la destinée commune de toutes les nouveautés importantes qu'il faille un jour les défendre contre des généralisations abusives. Et, de même qu'on ne diminue en rien la valeur de l'œuvre de Pasteur en se refusant à expliquer toute la pathologie par les microbes, on ne fait point de tort à la très précieuse découverte de l' « hospitalisme » en dénonçant l'usage excessif que certains font de cette notion.

Si nous évoquons d'abord ce syndrome, qui n'est déjà plus tout à fait nouveau, mais qui résistera dans l'essentiel, nous en sommes certains, à l'épreuve des années, ce n'est cependant pas pour protester, mais bien plutôt parce que nous trouvons une nouvelle raison de rendre hommage à Spitz, à Anna Freud, à Bowlby, à Mme Aubry, qui nous l'ont fait connaître. On n'a pas assez marqué en effet l'importance du fait qu'en décrivant des « carences affectives infantiles durables », comme les dénomme de façon heureuse M. Porot, ils ont introduit dans la psychopathologie la notion de « carences » (et par conséquent, si l'on ose écrire, d' « aliments psychologiques »), par analogie avec les carences nutritionnelles ou vitaminiques. Or, ce

qui fait l'intérêt des processus de carence en pathologie générale, c'est que les symptômes qu'ils réalisent ne se limitent pas à l'absence ou à l'insuffisance dans l'organisme du produit défaillant : s'agissant d'éléments essentiels qui jouent un rôle important dans divers métabolismes, leur absence compromet dans son ensemble l'équilibre biologique et ses conséquences se développent selon des modalités qu'il eût été à peu près impossible de prévoir dès le départ.

Mais, dès lors qu'est admise la notion de carence psychologique, il est permis de penser que l'amour maternel ne doit pas être le seul besoin vital dont la satisfaction soit nécessaire à l'édification psycho-affective de la personnalité ; et, notre pratique quotidienne nous en a en effet convaincus ; l'autorité, notamment, semble tout aussi indispensable.

Sans opposer certes les « carences d'autorité » aux « carences affectives » en une exacte symétrie, nous voulons montrer que l'enfant ne peut se passer du secours de l'autorité et que, lorsqu'elle vient à lui faire défaut, il en peut résulter des perturbations, plus ou moins sérieuses, mais typiques, et réalisant un véritable syndrome.

Dans la civilisation moderne, l'évolution générale des idées et des mœurs a progressivement éliminé de tous les domaines l'autorité, dont la notion est d'ailleurs dévaluée et dénaturée. En particulier, les parents, qui sont aussi incontestablement gênés dans l'exercice d'une discipline ferme que dans la création d'une ambiance affectueuse, reçoivent les échos, plus ou moins déformés, d'une philosophie « nouvelle » de l'éducation, où Freudiens et disciples lointains de Rousseau semblent s'entendre au moins sur une condamnation de l'autorité. En effet, à l'affirmation des « droits de l'enfant » qui ferait, comme le croit Claparède, « tout ce qu'il faut pour devenir grand », la psychanalyse, polarisant l'attention sur l'affectivité, ajoute les craintes des interventions de l'adulte, génératrices de mystérieux « complexes ».

Même les partisans les plus convaincus d'une éducation autoritaire ont d'ordinaire une idée incomplète et inexacte de la nature et du rôle de l'autorité : incomplète, puisqu'ils n'y voient que le moyen d'instaurer, dans les relations entre l'enfant et l'adulte, un ordre permettant à l'action proprement éducative de s'exercer dans des conditions satisfaisantes, alors que, pour nous, l'autorité a en soi une valeur normative, alors qu'elle est le point d'appui indispensable aux diverses forces psychologiques pour s'harmoniser au sein de la personne ; inexacte, puisqu'il faut préciser que seule possède un tel pouvoir l'autorité saine et raisonnable, fondée sur l'affection et la compréhension, visant à obtenir, avant tout par l'exemple, un respect et non la seule crainte. Aussi, de même que G. Heuyer a parlé d' « hospitalisme familial », nous reconnaîtrons une carence d'autorité lorsque les éducateurs pratiquent ce système de coercition et de contrainte brutale et excessive dit à tort « autoritaire ».

Si le besoin d'amour existe dès les premiers mois de la vie, l'autorité n'est vraiment nécessaire à l'enfant et ses carences ne deviennent nocives que plus tard, particulièrement dans la seconde enfance, quand s'organisent les bases de la personnalité sociale et morale. « Age du père », dit-on. En effet, alors que l'amour est d'abord et surtout dispensé par la mère, l'autorité doit être dans l'essentiel exercée par le père. Certes, les parents se partagent en fait cette autorité, comme ils aiment tous deux leurs rejetons, mais le rôle du père est cependant ici prépondérant et le fait doit être marqué de façon assez sensible dans l'éducation pour que l'enfant ne puisse s'y tromper. Il serait donc possible, par une simplification très schématique, de parler de « carence paternelle », comme on a avancé l'expression de « carence maternelle » pour désigner les situations de frustration affective.

Nous ne pouvons ici nous étendre sur les circonstances, au demeurant toujours fort complexes et diverses, dans lesquelles se développent les carences d'autorité. Certes, si nombreux sont les facteurs qui entrent en jeu dans l'édification d'une personnalité, normale ou pathologique, qu'il est toujours aventureux d'attribuer à l'un d'eux un rôle déterminé. Mais, de constatations cliniques déjà nombreuses et prudemment interprétées se dégagent assez nettement quelques conclusions convergentes et il est possible déjà de discerner les principales lignes d'action de ces carences et d'en ébaucher une description, qu'une expérience plus longue et une critique mieux informée modifieront peut-être et compléteront certainement.

*
* *

Quand nous l'observons dans les cas les plus typiques, ceux où la carence d'autorité est le facteur étiologique le plus important, sinon le seul, où le terrain constitutionnel est normal ou subnormal, ce syndrome de carence d'autorité comporte des traits affectant la structure de la personnalité et d'autres concernant les relations du sujet avec le monde.

Dans la personnalité, on ne trouve ni armature, ni ligne de force. Le caractère manque de fermeté, de constance, de résistance, et la conduite de la vie est marquée par l'indécision et par l'incertitude, par la nonchalance devant le plaisir ou les engouements capricieux. C'est que la conscience morale est pauvre, sans dynamisme, courageuse, et sans hiérachie des valeurs ; en dépit de « bons sentiments », voire d'impulsions généreuses que l'on peut quelquefois rencontrer, elle se réduit d'ordinaire à un conformisme assez étroit que le sujet accepte par routine ou par commodité.

Cette inconsistance fondamentale retentit profondément sur les relations entre l'être et le monde. La balance des forces entre l'un et l'autre est difficile à établir, parce que la personnalité est aussi

incapable de se connaître et de se mesurer que de se regrouper et de se tendre pour la lutte. Des risques sont pris avec une témérité folle, qui peuvent alterner avec la peur de l'action ou avec de lamentables démissions, multipliant, dans tous les cas, les situations d'échec. La prudence et le courage font en somme également défaut, dans un sentiment d'insécurité et d'anxiété souvent mal conscient.

Quant aux relations avec la communauté, elles sont gouvernées par l'instabilité et par le caprice. L'égocentrisme sera quelquefois masqué par une sensibilité de surface, mais tout attachement profond est impossible et L. Michaux cite ce propos révélateur d'une jeune fille dont la mère était particulièrement faible : « Comment pourrais-je aimer maman, puisqu'elle me passe tout. » L'individu reste, sous une fausse sociabilité, isolé, flottant : sa vie conjugale, familiale, professionnelle, est également cahotique, éparpillée, son rendement social aussi médiocre que sa valeur humaine.

A la fois par insuffisance de sentiment du devoir et par manque d'attaches affectives, de tels sujets peuvent faire des tentatives de suicide d'une incontestable sincérité à l'occasion de contrariétés banales, de difficultés ordinaires, et nous avons appris à reconnaître comme un « signe » d'une carence d'autorité, la tendance chez un individu à envisager aisément, fût-ce en paroles, son suicide dans des circonstances les plus diverses, attitude compréhensible pour qui ne trouve pas en lui la force morale de faire front, le sentiment d'être profondément lié à autrui.

Tel est le tableau le plus constant. Il est certes bien connu, mais on le rapporte en général à des dispositions de « caractère » ou de « constitution », sans prêter aucune attention aux circonstances éducatives qui l'ont précédé et qui, nous le croyons, en sont réellement responsables. Lorsqu'un déséquilibre constitutionnel et des situations vitales conflictuelles s'ajoutent à la carence d'autorité, de multiples variantes sont évidemment observées. C'est ainsi que ces sujets, pour des raisons faciles à comprendre, sont extrêmement sensibles à tout ce qui peut engendrer l'anxiété. De ce point de vue, s'il semble exagéré de considérer la névrose d'angoisse, les bouffées anxieuses et parfois délirantes réactionnelles comme des conséquences directes des carences d'autorité, on peut dire cependant qu'elles sont souvent préparées par elles. Nous serions même tentés d'étendre cette action prédisposante à certains cas de psychasthénie, de névrose, voire de schizophrénie.

*
**

Ainsi, une carence d'autorité peut apparaître comme une condition favorisante, voire nécessaire, de l'éclosion d'inadaptations proprement psychiatriques, et c'est déjà une raison pour le psychiatre d'en rechercher l'existence chez son malade, afin de mieux organiser l'action thérapeutique. Mais surtout, alors qu'il revendique, dans sa pra-

tique infanto-juvénile, le rôle de conseil et de guide, il serait heureux qu'il apprenne à repérer sous la « coloration » particulière du caractère, dans le jeu complexe des divers facteurs pathogènes, les trois éléments qui nous semblent ceux du syndrome de carence d'autorité : la faiblesse du moi, l'organisation capricieuse, le sentiment d'insécurité.

Discussion

Mme Ragu-Frey. — Les conséquences immédiates et éloignées des carences d'autorité si bien décrites cliniquement par M. Sutter, constituent en effet un syndrome actuellement souvent rencontré dans les troubles du développement mental chez l'enfant et de l'équilibre mental chez l'adulte.

L'étude de leur mécanisme situe leur origine dans les perturbations de l'affectivité parentale, qui compromettent l'unité familiale.

Le père qui se refuse à l'exercice de son rôle paternel et laisse entièrement les soins de l'éducation à sa femme trouble les processus profonds de la maturation affective et en particulier celui de l'identification.

Par contre, l'éloignement prolongé ou la disparition prématurée du chef de famille n'entraîne pas de tels phénomènes si la mère sait donner à l'image du père absent le rôle qui lui revient et sauvegarde ainsi les bases émotionnelles indispensables à l'harmonie des facteurs éducatifs, dont l'importance s'avère croissante à côté des facteurs constitutionnels.

L'autorité apparaît comme l'un des éléments essentiels de la sécurité affective dont l'enfant a besoin précisément pour faire l'expérience d'une liberté progressivement croissante qui est le but de l'instruction dont l'autorité n'est qu'un moyen : moyen dont l'emploi pose des problèmes où l'éducation rejoint la psychopathologie et qui restent encore mal résolus dans le domaine affectif.

A propos de certaines modifications biologiques observées au cours du traitement par la réserpine (hypothèses concernant le métabolisme du potassium et certaines fonctions endocrines), par MM. G. Collier et B. Defer.

Le point d'attaque précis des neuroleptiques sur le système nerveux n'a pas encore été parfaitement déterminé, mais un faisceau de faits suggèrent qu'ils agissent sur une zone de l'hypothalamus et sur les formations réticulaires du tronc cérébral, structures au niveau desquelles les fonctions du système nerveux central et du système nerveux autonome se trouvent intégrés (13).

On sait aussi que les neuro-physiologistes situent au niveau de l'hypothalamus le centre de contrôle de l'activité anté-hypophysaire.

Tandis que de nombreux auteurs se sont attachés à préciser l'action de la chlorpromazine et de la réserpine sur les structures nerveuses supérieures (en particulier par l'étude de modifications de l'électro-encéphalogramme), d'autres ont tenté de caractériser l'ac-

tion des neuroleptiques sur les activités endocriniennes et l'équilibre ionique.

A ces données de l'expérimentation neuro-physiologique sont venues s'ajouter des observations cliniques minutieuses réalisées chez des malades traités par des doses importantes et prolongées de neuroleptiques.

Ce sont des faits de ces divers ordres que nous voudrions tenter de confronter, tout en faisant état des quelques résultats que nous avons nous-mêmes pu obtenir.

Outre notre expérience personnelle, nous mettrons à contribution, entre autres, certains des rapports présentés au Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique (Paris, 20-22 octobre 1955) et publiés dans l'*Encéphale* (t. XLV, 1956, n° 4, 1.266 p.). La lecture de ces très nombreux travaux, toujours pleins d'intérêt, mais parfois contradictoires dans leurs conclusions, montre bien la complexité des problèmes évoqués, la multiplicité des voies d'abord possibles pour tenter de les résoudre. Elle met aussi en évidence la difficulté des synthèses ou des conclusions précises, du moins en l'état actuel des recherches.

*
* *

Nous étudions depuis deux ans la symptomatologie clinique des effets secondaires des neuroleptiques, en particulier chez les malades d'un service de femmes de l'hôpital psychiatrique de Vauclaire et notre attention a été, dès l'abord, attirée sur l'action endocrinotrope possible du largactil. Nous avons, en effet, noté l'apparition beaucoup plus fréquente chez les femmes que chez les hommes d'un syndrome neurologique d'allure extra-pyramidale au cours du traitement (10).

De son côté, Charlin (9), constatant que les hommes et les femmes ménopausées étaient plus sensibles à l'action du largactil que les femmes en période d'activité génitale, a depuis longtemps établi un rapport entre l'efficacité du 4560 R.P. et l'équilibre androgènes/œstrogènes, rapport qui lui permet d'ailleurs de conclure à une action du médicament au niveau diencéphalo-hypophysaire.

Etudiant les phénomènes secondaires dus à la réserpine, nous avons été amenés à envisager la sialorrhée (que nous dissocions des syndromes d'allure extra-pyramidale) et son traitement correcteur. Or, il nous est apparu que la doca avait une action favorable sur cette salivation exagérée chez un nombre important de malades (mais non chez toutes).

Nous avons donc voulu étudier le fonctionnement cortico-surrénal chez les malades soumises aux cures neuroleptiques.

Disposant d'un équipement de recherches rudimentaire, nous avons

dû nous limiter, chez nos malades (schizophrènes pour la plupart), au dosage du taux de potassium plasmatique et du taux d'élimination urinaire des 17-cétostéroïdes. Nous avons également réalisé l'étude de la formule sanguine chez une centaine de sujets et, bien entendu, soumis toutes les malades traitées à la prise régulière de la tension artérielle.

Cures de chlorpromazine (confirmation et rappel de notions connues).

Les données dont nous ferons état vont constituer une confirmation et un rappel de notions connues, et nous serviront plus loin de point de comparaison en ce qui concerne les résultats obtenus chez les malades traitées par la réserpine.

Chez nos malades traitées par le largactil (150 à 300 mg. par jour durant au moins deux mois), si l'élimination des 17-cétostéroïdes fut normale dans un tiers des cas, elle s'avéra abaissée dans les deux tiers des cas. Ces résultats confirment ceux d'Osterman (24) qui, ayant pratiqué des recherches semblables, trouve une élimination abaissée dans 17 cas sur 22 sujets.

En ce qui nous concerne, nous réserverons toutefois le cas d'une seule malade, chez laquelle l'élimination se trouvait notablement augmentée (18 mgr. par 24 h.) et associée à une polyurie modérée sans troubles du métabolisme glucidique.

Chez nos malades, le taux du potassium plasmatique est abaissé dans deux tiers des cas. Ce fait, sauf chez la malade présentant une excrétion accrue des 17-cétostéroïdes, pourrait sembler paradoxal.

En fait, il s'agit là d'une confirmation des travaux classiques de Laborit et son école (19) (20).

Cette hypokaliémie, retrouvée par Oriol Auguerra, a été confirmée cliniquement par la publication récente de deux cas de manifestations cardiaques cliniques et électriques d'hypokaliémie au cours de cures à la chlorpromazine (26).

Laborit a montré depuis longtemps que si la chlorpromazine entraînait une baisse du potassium sérique, cette hypokaliémie devait être attribuée à une pénétration intra-cellulaire du potassium, parce que d'apparition rapide, et parce qu'elle n'est pas accompagnée d'une fuite urinaire du cathion, dont l'élimination par le rein diminue même de façon importante (ce qui s'accorde avec la baisse des minéralocorticoïdes).

Cette hyperkalicytie, avec l'augmentation de l'excitabilité neuro-musculaire qu'elle conditionne, et l'hypothermie qui l'accompagne, constituent pour Laborit un test d'efficacité de l'hibernothérapie. Et, parfois, cet auteur utilise précisément le largactil pour faire pénétrer le potassium dans les cellules. Notons également que l'hibernation s'accompagne d'alcalose, laquelle accompagne ou commande la mise en charge cellulaire du potassium.

Cures de réserpine (étude des fonctions cortico-surrénales et de la kaliémie).

Chez les malades soumises au traitement par la réserpine à doses assez élevées (3 à 9 mg. *per os* par jour, durant au moins deux mois), on note fréquemment une augmentation modérée de l'élimination des 17-cétostéroïdes (ou au moins, dans les autres cas, une élimination à la limite supérieure de la normale).

Récemment, Tuchmann-Duplessis (30) a étudié, à travers l'histologie, l'action de la réserpine sur les glandes endocrines, et il conclut, entre autres, à une activation fonctionnelle incontestable du cortex surrénal, ce qui semble s'accorder avec nos résultats. Toutefois, cet auteur n'affirme pas une action spécifique de la réserpine et évoque le rôle possible joué par l'agression.

Chez nos malades traitées par la réserpine, nous avons voulu rechercher d'autres signes, cliniques ou biologiques, d'un hypercorticisme fonctionnel éventuel.

Chez 15 malades sur 22, nous avons noté une neutrophilie accompagnée de lymphopénie.

Chez nombre de nos malades, et ceci est admis par tous les auteurs (8), on observe un certain degré de boulimie et une obésité qui semble bien de répartition essentiellement tronculaire. On sait d'ailleurs que la réserpine constitue une thérapeutique classique des maigreurs.

Chez une malade en bon état physique traitée à la réserpine, un appareil plâtré très léger entraîna l'apparition excessivement rapide d'eschares importantes. Doit-on y voir un trouble du métabolisme des protides ?

Par ailleurs, l'asthénie des sujets soumis à la cure réserpinique demeure mal expliquée, car la chute de la tension artérielle (le plus souvent peu marquée) ne représente pas à nos yeux un mécanisme suffisant. Si l'asthénie des Addisoniens est bien connue à l'opposé, on a décrit une asthénie profonde en rapport avec un excès de doca d'une part, avec un trouble du métabolisme des protides d'autre part, si bien qu'il est difficile d'attribuer une signification précise à ce symptôme.

Ainsi, pouvons-nous prétendre avoir réuni suffisamment d'éléments pour évoquer la possibilité d'un hypercorticisme surrénalien fonctionnel global chez les malades recevant de la réserpine.

Ajoutons que, chez ces malades, le taux du potassium plasmatique se trouve abaissé dans la moitié des cas, les chiffres étant même nettement inférieurs à ceux relevés chez les malades traitées par le largactil.

Cette hypokaliémie pourrait également aller dans le sens d'un hypercorticisme (en ce qui concerne la sécrétion des minéralocorticoïdes), à condition toutefois qu'elle ne représente pas le reflet d'une

hyperkalicytie comme c'est le cas pour la chlorpromazine. Or, c'est ce problème que nous voudrions maintenant approcher de plus près

La sialorrhée réserpinique (sa correction par la doca).

En étudiant les phénomènes secondaires survenant au cours des cures neuroleptiques, nous avons particulièrement porté notre attention sur la sialorrhée, fréquente chez les malades recevant des doses de réserpine supérieures à 6 mg. par jour, mais, par contre, beaucoup plus rare au cours des cures par le largactil. Cette sialorrhée réserpinique a été notée par de nombreux auteurs, qui l'intègrent dans une symptomatologie de prédominance para-sympathique.

En ce qui nous concerne, nous avons voulu étudier les rapports de cette sialorrhée avec d'autres phénomènes neuro-végétatifs ou psychomoteurs secondaires aux neuroleptiques. Nous ne lui avons jamais trouvé, cliniquement, de rapports avec le syndrome psycho-moteur de type cataleptique provoqué par la réserpine autant que par le largactil (21), et confirmant les travaux de physiologie expérimentale de H. Baruk (2) (3).

Les rapports avec les syndromes d'allure extra-pyramidale provoqués par les neuroleptiques sont complexes. Chez une malade recevant de la réserpine, on peut observer une sialorrhée très importante sans aucun signe de la série extra-pyramidale, et inversement ; ou bien la sialorrhée coexiste avec les éléments d'allure extra-pyramidale.

Les tentatives de correction de cette sialorrhée apportent des éléments des plus intéressants.

Contrairement à ce qu'ont écrit certains auteurs, la sialorrhée peut persister malgré des doses importantes des différents corps anticholinergiques (atropine, scopolamine, banthine, antrényl). Elle semble beaucoup plus favorablement influencée par les antiparkinsoniens de synthèse, et si elle coexiste avec des éléments d'allure extra-pyramidale, tous les symptômes régressent à la fois sous l'influence de l'artane, du parpanit, du parsidol et de la kémadrine.

Mais un élément de grande valeur nous semble être apporté par le fait que cette sialorrhée réserpinique cède souvent et d'une façon évidente sous l'action de la doca (par voie intra-musculaire ou perlinguale. Il est d'ailleurs à noter que la doca demeure sans action sur les symptômes d'allure extra-pyramidale éventuellement associés.

Cette action thérapeutique évidente de la doca semble logiquement infirmer une hypersécrétion des minéralo-corticoïdes au niveau du cortex surrénal (sans pour autant préjuger de l'excrétion des hormones métaboliques et androgènes).

D'ailleurs, une telle hypersécrétion s'accorderait mal avec la chute de la tension artérielle (souvent peu marquée, il est vrai) déterminée par la réserpine, même si on attribue à cette chute une pathogénie d'origine neuro-végétative (vagotonie, ou, plus précisément, sympatholyse).

Et si nous avons noté chez nos malades une fréquente hypokaliémie, celle-ci ne semble donc pas correspondre à une augmentation de la sécrétion des minéralo-corticoïdes, déterminant une fuite potassique.

Peut-on alors évoquer pour la réserpine la possibilité d'une hyperkalicytie, comme cela a été mis en évidence avec le largactil par Laborit ? Il s'agit là d'une hypothèse, qu'il serait néanmoins utile d'envisager.

En ce qui nous concerne, cette hyperkalicytie, avec bilan potassique positif, nous paraît vraisemblable pour plusieurs raisons.

Potassium et parasympathique.

Hazard (17) a parfaitement établi les rapports existant entre le potassium et le système parasympathique.

Le potassium est un véritable élément parasympathicomimétique. Libéré par l'excitation des nerfs parasympathiques, il est indispensable à leur excitation, qu'il renforce.

La ressemblance entre l'action du potassium et celle de l'acétylcholine fut également démontrée par Hazard. Si le potassium libère de l'acétylcholine et en augmente les effets, inversement l'acétylcholine élève la kaliémie et augmente la perméabilité des membranes nerveuses au K^+.

Rappelons que Benstz (4) a démontré que le largactil, outre son effet hyperkalicytique, avait un effet inhibiteur sur les cholinestérases sérique et érythrocytaire.

Quant à la réserpine, les travaux de pharmacodynamie que nous venons de rappeler permettent d'exclure un bilan potassique négatif en raison de la symptomatologie vagotonique déterminée par l'administration du neuroleptique. Par là-même, un excès de sécrétion minéralo-corticoïde se trouve également exclu et il n'est plus surprenant que l'administration de doca, entraînant classiquement une fuite potassique, contribue à corriger un tableau de vagotonie.

Propriétés convulsivantes de la réserpine (rôle possible de l'hyperkalicytie).

Les propriétés favorisantes des neuroleptiques sur l'épilepsie représentent maintenant un fait bien établi (5) (6) (22) (23) (25).

Certes, le largactil en injections intraveineuses représente une thérapeutique efficace des états de mal épileptique et nous-mêmes l'avons utilisé avec succès dans plusieurs cas désespérés. Mais d'assez nombreux auteurs ont noté, sur le plan de la clinique comme à la lecture des tracés électro-encéphalographiques, son rôle activant des accidents comitiaux.

Pour la réserpine (7), une action semblable paraît encore plus nettement établie. Nous-mêmes avons insisté sur le danger d'associer la

convulsivothérapie à la thérapeutique par la réserpine (11) et, par ailleurs, nous avons observé l'apparition de crises convulsives chez plusieurs malades sans antécédents comitiaux traitées par le neuroleptique.

D'autres auteurs ont relaté des observations d'épileptiques aggravés par la réserpine, ou bien ont produit des tracés électro-encéphalographiques mettant en évidence son rôle convulsivant.

L'explication la plus couramment apportée à ces faits est déterminée par la localisation du point d'attaque des deux neuroleptiques au niveau de la substance réticulaire ascendante de Morruzi et Magoun et au niveau de certaines zones de l'hypothalamus. On sait que l'accord n'est pas réalisé en ce qui concerne le sens (excitation ou dépression) de l'action de chacun des neuroleptiques sur le système réticulaire (16) (18) (27) (28) ; on sait que Decourt (12) envisage, du moins pour la chlorpromazine, un effet amphotonique, mais, quoi qu'il en soit, divers auteurs expliquent le rôle favorisant sur l'épilepsie des neuroleptiques par la baisse de vigilance déterminée par leur action sur la substance réticulée (25) (27) (28).

Sur les tracés électro-encéphalographiques, en plus de modifications paroxystiques, on note l'apparition fréquente d'un rythme lent (rythme delta le plus souvent) chez les malades recevant du largactil ou de la réserpine. Ce rythme lent est retrouvé également durant le sommeil normal, l'hibernation (13) (15) et le coma insulinique.

Mais, à côté de ces éléments, il n'est pas inutile de rappeler que d'autres corps que les neuroleptiques possèdent en commun la faculté de pouvoir améliorer les troubles mentaux et déclencher des phénomènes cloniques chez des sujets prédisposés : antihistaminiques de synthèse, insuline, chloralose, peut-être lithium (22).

Laborit les avait rapprochés depuis longtemps, du fait, précisément, de leur action commune sur le métabolisme du potassium et sa pénétration dans la cellule. Il les a rapprochés également de la chlorpromazine, dont le rôle hyperkalicytique a été mis en évidence. Or, la réserpine semble nettement plus épileptogène que tous ces corps, tandis que la baisse du potassium plasmatique est plus nette chez les malades traitées par l'alcaloïde de *Rauwolfia* que chez ceux recevant du largactil.

Il existe d'autre part des rapports étroits entre l'équilibre acide-base et les mouvements du potassium : l'alcalose (retrouvée chez les malades hibernés) accompagne ou commande la mise en charge cellulaire du potassium.

On sait, par la banale épreuve de l'hyperpnée, que l'alcalose provoque des modifications, d'ailleurs non spécifiques (ondes lentes) de l'électro-encéphalogramme, et que ce phénomène est plus marqué chez les jeunes, tandis que Bonnet (5), au terme de travaux très rigoureux, note que ce sont précisément les épilepsies des jeunes qui sont le plus activées par les neuroleptiques. Dans la mesure où l'on admet

que l'alcalose constitue un facteur commun à ces deux ordres de faits parallèles, on est amené à penser qu'une hyperkalicytie, liée à l'alcalose, pourrait conditionner l'action épileptogène marquée de la réserpine.

Enfin, le mécanisme des manifestations d'allure extrapyramidale au cours des traitements neuroleptiques demeure mal élucidé.

Or, Dérot (14) a observé, au cours d'une néphropathie, un cas de rigidité extra-pyramidale transitoire évoluant parallèlement à une hyperkaliémie franche. N'y a-t-il pas lieu d'évoquer le rôle possible d'une surcharge potassique cellulaire dans l'installation de la rigidité d'allure extra-pyramidale chez les malades traités par la réserpine ?

Aussi, après avoir considéré divers éléments suggestifs d'un problème complexe, était-il utile d'attirer l'attention sur le métabolisme du potassium chez les malades soumis à la cure neuroleptique, et en particulier à la cure réserpinique, qui pourrait bien, comme le traitement par le largactil, entraîner une hyperkalicytie. Et le métabolisme du potassium doit attirer d'autant plus l'attention qu'il se trouve en rapport avec le tonus neuro-végétatif et avec l'équilibre endocrinien, lesquels sont conditionnés par les formations sous-corticales.

Conclusion (hypothèse d'un déséquilibre des sécrétions cortico-surrénales).

Au vrai, l'action des neuroleptiques paraît des plus complexes et souvent difficile à saisir.

A vouloir la déterminer avec précision, on se trouve amené à envisager les interréactions des divers systèmes entre eux, ou bien, au contraire, à dissocier certains éléments d'un seul système.

Lors de son étude de la réserpine, Tuchmann-Duplessis (30) a évoqué, au niveau de l'hypophyse, un déséquilibre quantitatif dans l'élaboration des gonadotrophines avec hypersécrétion probable de l'hormone lutéotrope. Il fait état également d'une frénation thyroïdienne (sans préciser si elle est d'origine hypophysaire).

Nous-mêmes relevons l'hypothèse d'un déséquilibre des hormones cortico-surrénales, en évoquant la possibilité d'un déficit des hormones minéralo-corticoïdes (en raison du rôle thérapeutique de la doca et d'une rétention potassique vraisemblable) parallèlement à une excrétion augmentée du groupe des androgènes et peut-être du groupe des gluco-corticoïdes (en raison de l'élévation du taux urinaire des 17-cétostéroïdes et de la lymphopénie).

Ce déséquilibre est peut-être d'origine hypophysaire. On sait que Selye envisage des stimulines hypophysaires distinctes en ce qui concerne les minéralo-corticoïdes et les stéroïdes du groupe métabolique. Entre ces deux stimulines (somato-stimuline ou G.H. : Growth Hormone, et A.C.T.H.), il existerait normalement un équilibre représentant un des facteurs essentiels de l'homéostasie. Il y aurait lieu d'étudier cet équilibre chez nos malades.

Laborit attribue au largactil un rôle frénateur de l'anté-hypophyse, tandis que Vallat (31) observe un cas de diabète insipide d'apparition et d'évolution parallèles au traitement par la chlorpromazine, ce qui laisse envisager des modifications fonctionnelles (frénation) au niveau de la post-hypophyse.

Toutes ces modifications sont complexes et on ne saurait parler d'un mécanisme monovalent ou à sens unique en évoquant l'action des neuroleptiques.

Même, il y aurait lieu d'étudier les variations probables de leurs effets dans le temps et en rapport avec la posologie. Il n'en est pour preuve que la leucopénie modérée que nous avons retrouvée chez la moitié des 70 malades examinés à l'issue d'un traitement prolongé par le largactil, alors que nombre d'auteurs (1) (29), réalisant des recherches plus précocement, ont observé une fréquente leucocytose.

Etudier l'action endocrinotrope des neuroleptiques amène à envisager les modifications déterminées au niveau des structures nerveuses centrales et du système neuro-végétatif.

On ne saurait, non plus, laisser de côté l'étude des différents métabolismes, celui du potassium en particulier.

D'une multitude de faits expérimentaux et cliniques, on parvient tout au plus à envisager pour les neuroleptiques les divers processus intriqués et complexes d'une pluralité d'effets. Nombre d'auteurs l'ont déjà constaté, tel Decourt (12) (16) qui, à travers la notion de narcobiose (du moins en ce qui concerne le largactil), fait état d'une détermination biochimique non spécifique, avec prédominance sur l'activité de certains systèmes cellulaires de l'encéphale.

Il ouvre ainsi la voie à des recherches difficiles, mais indispensables, tant dans le domaine de la thérapeutique psychiatrique, que dans celui de l'étude de la pathogénie des psychoses.

BIBLIOGRAPHIE. — 1. Baruk (H.), Launay (J.) et Bergès (J.) : La thérapeutique par la chlorpromazine. Physiologie expérimentale. Physiologie clinique. Résultats thérapeutiques et progrès de la thérapeutique psychiatrique. *Annales médico-psychologiques*, 1955, I, 5, p. 705-772. — 2. Baruk (H.), Launay (J.) et Bergès (J.) : La catatonie expérimentale par la chlorpromazine (film). *Soc. de Neurol.*, 3 février 1955. — 3. Baruk (H.), Launay (J.) et Bergès (J.) : Sur une nouvelle forme de catatonie expérimentale : la catatonie expérimentale par la réserpine. *Annales médico-psychologiques*, 1956, II, 2, p. 337-340. — 4. Benstz (W.) : Effet des médicaments neuroplégiques sur la cholinestérase du sérum et des érythrocytes et sur l'appareil circulatoire. *Presse Médicale*, 64, n° 92, 19 décembre 1956. — 5. Bonnet (H.) : Action des neuroleptiques sur les crises et les troubles mentaux de certains épileptiques. *Annales médico-psychologiques*, 1956, II, 2, p. 193-226. — 6. Bonnet (H.) et Chabot (E.) : Manifestations électrocliniques survenues au cours du traitement d'une psychose anxieuse par diverses thérapeutiques médicamenteuses. *Revue Neurologique*, 91, n° 6, 1952, p. 455. — 7. Borenstein (P.), Dabbah (M.) et Earé (D.) : Contribution à l'étude de la réserpine en psychiatrie. Résultats cliniques et électro-encéphalographiques. *Annales médico-psychologiques*, 1956, I, 4, p. 545-580. — 8. Cargnello (D.) : La thérapie par la réserpine dans les schizophrénies chroniques. *Encéphale*, 1956, n° 4, p. 1056-1070. — 9. Charlin (A.) : Action respective de la chlorpromazine et de la réserpine. Hypothèses pathogéniques. *Encéphale*, 1956, n° 4, p. 1099-1105. — 10. Collier (G.), Defer (B.) et Laborde (P.) : Etude clinique du syndrome d'allure extra-pyramidale apparu au cours du traitement par le Largactil. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1956, n° 3, p. 255-263. — 11. Collier (G.)

et Défer (B.) : Danger de l'association réserpine-électrochoc. Acathisie apparue au cours du traitement neuroleptique. *Annales médico-psychologiques*, 1956, II, 2, p. 327-331. — 12. Decourt (P.) : Mécanisme d'action de la thérapeutique narcobiotique en général, et de la chlorpromazine en particulier, en psychiatrie. *Encéphale*, 1956, n° 4, p. 932-944. — 13. Dell (P.), Bonvallet (M.) et Hucelin (A.) : Démonstration d'un mécanisme adrénergique au niveau des formations réticulées du tronc cérébral. Conséquences pharmacologiques et psychopathologiques. *Encéphale*, 1956, n° 4, p. 1119-1123. — 14. Dérot (M.), Pignard (P.), Touraine (R.-L.) et Bernard (J.) : Le potassium dans les néphropathies tubulaires anuriques. *Presse Médicale*, 61, n° 11, 18 février 1953. — 15. Ey (H.), Faure (H.) et Lairy (G.-C.) : Action du Largactil sur l'électro-encéphalogramme de malades mentaux chroniques comparée à l'action des barbituriques. *Encéphale*, 1956, n° 4, p. 843-852. — 16. Fouks, Lainé, François et Pagot : La correction des effets secondaires des médications dites neuroleptiques. *Annales médico-psychologiques*, 1956, I, 4, p. 615-620. — 17. Hazard (R.) : Potassium et parasympathique. *Semaine des Hôpitaux*, 14 novembre 1954, n° 72. — 18. Hiebel (G.), Bonvallet (M.) et Dell (P.) : Action de la chlorpromazine (Largactil, 4560 R.P.) au niveau du système nerveux central. *Semaine des Hôpitaux*, 6 juin 1954, n° 37. — 19. Laborit (H.), Favre (R.), Guittard (R.) et Laborit (G.) : Excitabilité neuro-musculaire, équilibre ionique (K et Ca) et optimum thermique de fonctionnement tissulaire. *Presse Médicale* 63, n° 12, 16 février 1955. — 20. Laborit (H.) et Mme Laborit (G.) : *Excitabilité neuro-musculaire et équilibre ionique*. Masson, Paris, 1955. — 21. Launay (J.) et Despature (M.) : Syndromes psycho-moteurs et syndromes extra-pyramidaux au cours de traitements prolongés par la chlorpromazine. *Annales médico-psychologiques*, 1956, II, 2, p. 340-344. — 22. Leroy (C.) et Sigwald (J.) : Les myoclonies et épilepsies apparaissant chez certains malades au cours de l'administration de la chlorpromazine. *Encéphale*, 1956, n° 4, p. 904-909. — 23. Montassut (M.), Chertok (L.) et Leroy (C.) : Crise comitiale et altérations électro-encéphalographiques au cours d'un traitement par chlorpromazine. *Annales médico-psychologiques*, 1955, I, 5, p. 804-907. — 24. Osterman (E.), Kinberger (B.) et Lassenius (B.) : Le système hypophyso-cortico-surrénalien et la chlorpromazine. Quelques investigations sur l'homme. *Encéphale*, 1956, n° 4, p. 949-958. — 25. Passouant (P.), Mlle Pélissier, Minvielle (J.) et Dutartre : Modifications électro-encéphalographiques provoquées par la chlorpromazine au cours de l'épilepsie et de la schizophrénie. *Encéphale*, 1956, n° 4, p. 891-897. — 26. Perrot (R.-M.), Moreau-Gaudry (G.) et Le Borgne (Y.) : Manifestations cardiaques d'hypokaliémie dans la cure à la chlorpromazine. *Presse Médicale*, 64, n° 90, 12 décembre 1956. — 27. Terzian (H.) : Etude électro-encéphalographique de l'action centrale de la chlorpromazine (4560 R.P.). *Semaine des Hôpitaux*, 22 février 1954, n° 14. — 28. Terzian (H.) : Etude de l'action du Largactil (4560 R.P.) et du Pendiomide sur l'activité électrique cérébrale du lapin. *Revue Neurologique*, 91, n° 6, 1954, p. 445-453. — 29. Torre (M.), Scarzella (R.) et Zanalda (A.) : Modifications biochimiques subies par les malades traités avec la chlorpromazine. *Encéphale*, 1956, n° 4, p. 959-967. — 30. Tuchmann-Duplessis (H.) : Influence de la réserpine sur les glandes endocrines. *Presse Médicale*, 64, n° 94, 25 décembre 1956. — 31. Vallat (J.-N.), Lepetit et Texier : Diabète insipide au cours du traitement d'une schizophrénie par la chlorpromazine. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1955, n° 8, p. 783-785.

Discussion

M. R. Coirault. — Nous avons été particulièrement intéressés par cette importante communication. Nous avons suivi avec intérêt les recherches concernant, d'une part les destinées du potassium, et d'autre part l'interférence du système hypophyso-cortico-surrénal. Vous avez fait mention des importants travaux de notre maître et ami Laborit, concernant le métabolisme du potassium sous l'influence de la chlorpromazine.

Nous croyons devoir insister sur trois points importants :

1° Il nous paraît nécessaire de séparer les constantes biologiques constatées au cours des traitements neuroplégiques de courte durée et celles survenant au cours de traitements prolongés.

Dans les traitements de courte durée, il y a effectivement, pour la chlorpromazine, du moins, une hyperkalicytie que l'on peut apprécier grâce à l'excitabilité neuro-musculaire au niveau des temps rhéobasiques.

Par contre, au cours des traitements prolongés interviennent probablement des modifications métaboliques cellulaires, si bien qu'à l'hyperexcitabilité neuro-musculaire succède une hypoexcitabilité neuro-musculaire.

Le travail en cours de M. Deutsch établi à Bassens, qui nous a été aimablement communiqué, travail qui porte sur l'excitabilité neuro-musculaire d'un nombre important de malades traités depuis plusieurs semaines par 300 mgr. de largactil ou 5 mgr. de réserpine, montre l'existence d'une hypo-excitabilité globale plus importante pour la chlorpromazine que pour la réserpine, hypo-excitabilité qui tend à nous faire penser — mais, il ne s'agit là que d'une hypothèse, car il n'a pas été possible de faire des bilans ioniques — qu'il y a perte cellulaire en potassium.

2° En ce qui concerne la réserpine, le problème paraît plus difficile, mais il semble, là encore, qu'il y ait, par traitement prolongé, perte cellulaire en potassium.

Or, il ne faut pas oublier que la réserpine semble agir en compétition avec la sérotonine.

3° Il n'est pas exclu de penser que les traitements à doses importantes et prolongées d'agents thérapeutiques utilisés en psychiatrie actuellement, agissent plus ou moins comme un véritable stress, mettant en jeu alors l'axe hypothalamo-cortico-surrénal et entraînant des modifications de la sécrétion des corticoïdes avec possibilité de néoglycogénèse, glycogénolyse et catabolisme protidique.

En fait, il ne faut pas oublier non plus qu'il s'agit de réactions oscillantes que nous admettons, pour notre part, à la suite des importants travaux de Laborit. Les phénomènes successifs qui se passent, sont donc difficiles à analyser et il est actuellement, à notre sens, impossible de dégager une réponse homogène de l'organisme valable pour tous les malades.

Données physiologiques sur le 1522 C.B., nouveau dérivé de la phénothiazine, par MM. J. Breton, B. Defer et I. Cisse.

Le 1522 C.B. ou acépromazine (plégicil), nouveau dérivé de la phénothiazine, vient allonger la liste des substances dites neuroleptiques. Son étude pharmacodynamique a montré que ses effets étaient qualitativement les mêmes que ceux de la chlorpromazine, tandis que son action apparaissait quantitativement plus intense.

M. Delay et ses collaborateurs (1), confirmant ces notions, ont voulu préciser les indications cliniques de l'acépromazine et admettent que son champ d'activité semble superposable à celui de la chlorpromazine.

M. Huguenard (2), ayant procédé à l'étude physiologique du 1522 C.B. chez l'homme, admet également la nature neuroleptique de son action, nette et constante, plus puissante que celle de la chlorpromazine.

En ce qui nous concerne, désirant utiliser l'acépromazine chez

(1) J. Delay, P. Pichot et R. Ropert. — Un nouveau médicament neuroleptique en psychiatrie. Le Maléate acide de l'Ethylene-3-Diméthylamino-3'-Propyl-10-Phénothiazine (1522 C.B.). *Presse Médicale*. 1957, 65, n° 22, p. 491-493.

(2) P. Huguenard. — Etude clinique d'un nouveau neuroplégique, le 1522 C.B. (Maléate d'acétylpromazine). *Presse Médicale*, 1957, 65, n° 30, p. 685-688.

l'homme, il nous a semblé intéressant d'expérimenter au préalable ce corps nouveau chez l'animal.

Les résultats de notre expérimentation constitueront la première partie de notre exposé, tandis qu'en second lieu, nous décrirons brièvement les effets physiologiques du 1522 C.B. chez l'homme, tels que nous les avons constatés chez nos malades en traitement soumis à une observation attentive.

I. — Expérimentation chez le poisson

Nous avons utilisé des poissons rouges pesant environ 100 grammes, observant chacun d'eux dans un récipient contenant six litres d'eau.

Une dose de 100 mg. de chlorpromazine (pour comparaison) détermine au bout de quinze minutes une parésie avec perte de la position fonctionnelle de natation.

Cette parésie, de plus en plus marquée, alterne, au bout de deux heures, avec des mouvements spasmodiques et le poisson meurt au bout de trois heures trente.

Une dose de 20 mg. de 1522 C.B. détermine, au bout de six heures, des mouvements spasmodiques, suivis de parésie (le poisson nage difficilement, incliné latéralement).

Cet état persiste durant seize heures ; on renouvelle l'eau du récipient et le poisson demeure parétique durant encore vingt-quatre heures, pour ne plus présenter aucune anomalie quarante-huit heures après le début de l'expérience.

Une dose de 40 mg. de 1522 C.B. entraîne des mouvements spasmodiques au bout d'une heure, puis une parésie, et la mort à la sixième heure.

Une dose de 100 mg. de 1522 C.B. entraîne la mort du poisson en trois heures trente, après des troubles semblables ayant apparu une heure après le début de l'expérience.

Une dose de 200 mg. de 1522 C.B. détermine la mort du poisson en trois heures trente, avec début des mêmes troubles cinq minutes après le début de l'expérience.

Ces observations permettent de conclure que l'acépromazine détermine chez le poisson des réactions spasmodiques suivies de phénomènes parétiques. La précession des réactions spasmodiques sur les parésies différencie l'action de l'acépromazine de celle de la chlorpromazine, du moins chez le poisson, et à ces doses expérimentales.

II. — Expérimentation chez le cobaye

Nous avons utilisé des cobayes neufs pesant de 500 à 600 grammes, observés durant plus d'un mois après l'expérience. Les produits, dont la dose a été précisément calculée en fonction du poids, ont toujours

été injectés par voie sous-cutanée en une fois (la chlorpromazine et la réserpine ont été expérimentées pour comparaison).

Chlorpromazine (50 mg./kg.). — Chez un premier cobaye, au bout de 50 minutes, réduction transitoire et peu marquée de l'activité spontanée, avec retour définitif à un comportement normal une heure trente après le début de l'expérience.

Chez un deuxième cobaye, une heure quinze après le début de l'expérience, diminution nette de l'activité, avec attitude de repliement, tendance à la conservation des positions même inconfortables ; cet état persiste durant une heure et tout rentre ensuite dans l'ordre.

Chlorpromazine (100 mg./kg.). — Cette dose entraîne une parésie fugace de l'arrière-train de l'animal et, au bout de 55 minutes, une réduction très nette de l'activité avec conservation des attitudes. Le réflexe de retournement est conservé et l'animal ébauche des réactions lors des incitations vives, mais reprend spontanément une attitude figée.

Cet état dure une heure trente et tout rentre dans l'ordre.

Réserpine (2 mg./kg.). — Les deux cobayes présentent, deux heures après l'injection, un ralentissement discret de l'activité spontanée, mais réagissent normalement aux excitations vives.

Cet état est fugace et ne dure que trente minutes.

Réserpine (5 mg./kg.). — Brève période d'excitation quinze minutes après l'injection, puis période d'assoupissement. Diminution peu marquée de l'activité avec conservation des attitudes deux heures après le début de l'expérience. Retour à la normale vers la 4e heure.

1522 C.B. (1 mg./kg.). — Les deux cobayes ne présentent aucune anomalie dans leur comportement.

1522 C.B. (5 mg/kg.). — Les deux cobayes présentent, 30 et 50 minutes après l'injection, une discrète baisse de l'activité spontanée, avec conservation des attitudes imposées. Cet état, de courte durée (30 minutes environ), est suivi du retour à la normale.

1522 C.B. (10 mg./kg.). — Un cobaye présente une diminution de l'activité 55 minutes après l'injection et cet état persiste durant une heure trente.

Deux autres cobayes, 20 et 30 minutes après l'injection, présentent un état cataleptique parfaitement net, semblable en tous points à celui obtenu par M. Baruk dans diverses conditions et constitué des éléments précisés dans le protocole suivant. Cet état dure environ une heure et les animaux demeurent ralentis durant encore deux heures avant de retrouver un comportement normal.

1522 C.B. (50 mg./kg.). — Les trois cobayes présentent, dix minutes après l'injection, un état cataleptique typique. Chaque animal cesse de manger l'herbe qui se trouve à sa portée. Il demeure immobile, pelotonné en boule sur lui-même, ne réagissant pas aux poussées. La fente palpébrale est rétrécie, les poils sont hérissés.

L'animal conserve les positions inconfortables qu'on lui impose : le corps incurvé latéralement, ou prenant appui par le museau ou les pattes antérieures sur un support, ou bien adossé contre une paroi sans appui des pattes. Lorsqu'on saisit l'animal par la peau du dos, le tronc demeure figé et on observe seulement quelques mouvements peu vigoureux de pédalage des pattes antérieures et postérieures.

Malgré cette suspension de toute activité spontanée, les automatismes

sont conservés : persistance du réflexe de redressement et du réflexe de retournement ; persistance du réflexe oculo-palpébral ; l'animal mordille vigoureusement l'herbe introduite entre ses mâchoires.

Il n'existe pas de paralysie et, lors d'incitations extérieures vives, l'animal reprend une position normale s'il se trouvait dans une position inconfortable. Cet état cataleptique dure de trois à cinq heures et disparaît progressivement.

L'un des trois cobayes, après avoir repris une certaine activité spontanée, a présenté à la 16e heure une paralysie de l'arrière-train avec quelques mouvements cloniques des pattes antérieures, et est mort peu après.

1522 C.B. (100 mg./kg.). — Chez trois cobayes, apparition dix minutes après l'injection, d'un état cataleptique typique et très marqué. Chez l'un, cet état persiste deux heures trente et tout rentre peu à peu dans l'ordre. Chez le second, cet état est fugace (durant vingt minutes) et fait place à un état d'excitation : l'animal bondit dans la cage, se déplace vivement et de façon désordonnée, gratte le sol, réagit très vivement aux incitations même légères.

A la 40e minute, il présente une dizaine de mouvements cloniques au niveau des pattes postérieures, suivis de prostration durant quelques minutes. Puis reprise de l'état d'excitation, qui cédera peu à peu, avec retour à un comportement normal vers la 6e heure.

Chez le troisième cobaye, l'état cataleptique dure 25 minutes, puis les pattes antérieures et postérieures de l'animal, couché sur le flanc, sont agitées de mouvements cloniques vifs et réguliers. Placé sur le dos, l'animal bat l'air de ses membres sans tenter de reprendre une position normale. Sa tête est en extension.

Cet état dure sept heures, les mouvements cloniques diminuent de vigueur, reprenant lors des excitations, et l'animal meurt à la 10e heure.

1522 C.B. (150 mg./kg.). — Deux cobayes présentent un état cataleptique précoce et fugace, associé à une parésie de l'arrière-train. Trente minutes après l'injection, on observe des mouvements cloniques des quatre membres, diminuant progressivement de vigueur et ne persistant bientôt plus qu'au niveau des pattes antérieures. Mort à la 6e heure.

Nous retiendrons, de notre expérimentation chez le cobaye, que l'acépromazine est susceptible de déterminer à des doses élevées (et sans rapport avec les doses utilisées en thérapeutique humaine), un état cataleptique caractéristique, semblable aux catalepsies expérimentales obtenues chez l'animal par M. Baruk avec les neuroleptiques et diverses autres substances (1).

Assez tardive dans l'intoxication par la réserpine, assez précoce avec la chlorpromazine, cette catalepsie est encore plus précoce avec l'acépromazine.

Elle nécessite, pour être réalisée chez le cobaye, des doses d'acé-

(1) H. Baruk, J. Launay et J. Bergès. — La thérapeutique par la chlorpromazine. Physiologie expérimentale. Physiologie clinique. *Annales médico-psychologiques*, 1955, I, 5, p. 705-772.

H. Baruk, J. Launay et J. Bergès. — Sur une nouvelle forme de catatonie expérimentale : la catatonie expérimentale par la réserpine. *Annales médico-psychologiques*, 1956, II, 2, p. 337-340.

promazine très inférieures (10 à 50 mg./kg.) à celles de chlorpromazine (50 à 100 mg./kg.).

D'autre part, notre expérimentation, en mettant en évidence les parésies et les réactions d'allure épileptique déclenchées par les doses les plus fortes et succédant à un état cataleptique, confirme les résultats des travaux expérimentaux de M. Baruk concernant les stades d'intoxication plus ou moins profonde du système nerveux, en rapport avec les doses utilisées.

L'épilepsie, comme dans certaines intoxications, a, le plus souvent, précédé de peu la mort, et il en a été de même pour la disparition des réflexes de redressement et de retournement de Magnus, signe d'intoxication profonde.

Nous pouvons aussi retenir qu'une même dose (100 mg./kg.) peut provoquer des réactions différentes chez trois animaux placés dans les mêmes conditions d'expérience.

Enfin, il se trouve confirmé que l'acépromazine, d'action quantitativement plus intense que celle de la chlorpromazine, donne, dans le cadre de l'expérimentation animale, des résultats assez comparables à ceux obtenus avec les autres neuroleptiques, ou diverses substances agissant au niveau des structures nerveuses.

Et on peut également conclure que les doses, actuellement proposées en thérapeutique humaine (1/2 à 1 mg. par kg.), laissent subsister une très grande marge de sécurité.

III. Utilisation clinique de l'acépromazine

Il n'est pas dans notre propos de faire état de résultats thérapeutiques, à notre sens trop peu nombreux et trop récemment ou incomplètement obtenus. Mais si l'étude des modifications cliniques et biologiques déterminées par l'administration d'acépromazine a été parfaitement réalisée par P. Huguenard et par J. Delay, il ne nous paraît cependant pas inutile de faire état des observations que nous avons pu réaliser chez nos malades en cours de traitement.

Administration par voie endoveineuse. — Chez des malades adultes alités, ne présentant pas de troubles organiques apparents et recevant matin et soir une perfusion de 20 mg. d'acépromazine dans 250 cc. de sérum physiologique ou glucosé à 5/100 (durée : deux heures environ), il a été observé :

Une tachycardie précoce (débutant de quinze à trente minutes après le début de la perfusion), assez intense (90 à 120 pulsations par minute) et relativement durable (persistant au moins une heure trente après la fin de la perfusion), mais toujours bien supportée.

Une hypothermie précoce (amorcée vers la fin de la perfusion), durable (persistant au moins trois heures), importante malgré l'absence de réfrigération active (au moins 6/10 de degré).

Une hypotension artérielle moyenne (10 à 20 mm. Hg) et assez peu durable (une à deux heures).

Une somnolence légère, précoce (débutant vingt à trente minutes après le début de la perfusion) et assez durable (une à deux heures après la perfusion).

L'action du produit est d'intensité variable selon les individus et, chez certains malades, il a été observé que toutes les modifications étaient plus marquées, sans qu'on puisse actuellement rapporter ce fait à un élément précis (poids, affection mentale, etc...).

Il existe d'autre part une accoutumance relative au produit car, chez chaque malade, les modifications observées tendent à devenir de moins en moins marquées au bout de quelques jours de traitement.

Administration par voie intra-musculaire. — Chez des malades alités recevant matin, midi et soir une injection de 20 mgr. d'acépromazine, on a observé une hypothermie discrète (dépassant rarement 5/10 de degré), une tachycardie plus ou moins intense selon les sujets (88 à 124 pulsations par minute) et une hypotension modérée (10 mm. Hg en moyenne). On retrouve la notion de sensibilité individuelle et celle d'accoutumance.

Le traitement ambulatoire est supporté d'une façon semblable. Si l'action de l'acépromazine au niveau du système cardio-vasculaire a toujours été bien tolérée chez les individus indemnes de toute anomalie circulatoire, par contre, il a été observé un état de collapsus fugace cédant au décubitus, chez un malade qui présentait, avant le traitement ambulatoire, des signes stéthacoustiques frustes et isolés d'une maladie mitrale rhumatismale.

Administration par voie orale. — Le traitement ambulatoire quotidien par 60 à 120 mg. d'acépromazine n'a entraîné chez nos malades que des modifications très discrètes du rythme cardiaque, de la tension artérielle et de la courbe thermique, modifications variables (dans d'étroites limites toutefois) selon les individus.

D'une façon générale, on peut insister sur la bonne tolérance du produit, en particulier bonne tolérance locale (point relevé par tous les auteurs).

Enfin, dans les limites de notre expérience clinique, nous n'avons pas noté d'incident d'ordre hématologique, hépatique, neurologique ou dermatologique.

Toutefois, en raison même de l'intensité de son action, l'acépromazine semble devoir être utilisée avec mesure quant à sa posologie.

Au terme de notre étude, il nous paraît que le 1522 C.B. ou acépromazine est un corps neuroleptique actif, bien toléré, dénué de toxicité aux doses thérapeutiques, et dont il y aura lieu de préciser les indications cliniques.

Comme les autres neuroleptiques, il constitue un apport intéressant dans le domaine de la thérapeutique psychiatrique, mais sans doute en restant sur le plan symptomatique, et il semble permettre d'autre part certaines approches intéressantes en neuro-physiologie.

Délire chronique secondaire et hypoglycémie spontanée, par MM. P. Lassalle, A. Garrigues, R. Plas et J. Maury-Lascoux.

Si les troubles psychiques consécutifs à une hypoglycémie spontanée ont été souvent constatés, par contre Delay, P. Neveu, P. Desclaux et Mme H. Leulier ont considéré comme exceptionnelle la constitution progressive d'un délire hallucinatoire chronique de persécution, survenant après des épisodes oniroïdes en rapport avec l'hypoglycémie. C'est cette rareté qui a motivé leur communication à la Société médico-psychologique le 13 novembre 1944 sur un délire secondaire à des états crépusculaires hypoglycémiques. Ce même caractère d'exception nous incite à présenter un cas sensiblement analogue :

Observation. — Il s'agit d'un homme de 63 ans, D... Louis, ouvrier agricole, admis pour la première fois à l'hôpital psychiatrique d'Auch en janvier 1954. L'anamnèse indique l'existence depuis quatre ans d'une vive activité psycho-sensorielle intermittente. C'est une intensification de ces phénomènes s'accompagnant d'éléments oniriques qui a motivé l'hospitalisation. Il entend des voix qui, principalement la nuit, l'appellent dans son oreille gauche. Il sent des odeurs de craie en poudre. Il voit des personnes passer autour de son lit et s'efforce de les chasser avec un bâton. Une dysarthrie légère, un tremblement digito-lingual font penser à un appoint éthylique. La glycémie n'a pas été pratiquée. Dans les antécédents héréditaires, on note un père ayant présenté des troubles psychiques de la sénilité. Rien à signaler au point de vue personnel. Ce malade reçoit un traitement hépatique banal et quitte l'hôpital deux mois après son admission. Les manifestations oniriques et hallucinatoires ont disparu, mais le délire ancien n'étant pas rectifié, le malade conserve des éléments délirants d'évocation.

Dix mois plus tard, en octobre 1954, nouvelle hospitalisation avec troubles psycho-sensoriels intenses, toujours à prédominance nocturne, hallucinations auditives, visuelles, olfactives, cénesthésiques, et délire hypocondriaque très actif de zoopathie interne. Il sent des lézards courir dans son ventre, sous sa peau. Ils lui parlent, l'appellent « Louiset », répandent une odeur nauséabonde qu'il perçoit, etc... On note un état satisfaisant des grandes fonctions organiques. L'examen somatique est négatif. Pas de signes d'intoxication éthylique. Un traitement par la chlorpromazine (150 mgr.) par jour et *per os*, une électro-convulsivothérapie font disparaître l'état aigu, cependant que le délire zoopathique persistait avec des exacerbations périodiques que rien ne paraissait expliquer.

En septembre 1956, apparition d'un nouvel accès onirique avec agitation, raptus anxieux au cours duquel le malade fait une chute avec fracture du col du fémur droit. Plâtré et immobilisé il fait, après un court apaisement, une bouffée confusionnelle avec hallucinations à thèmes terrifiants.

Un traitement par la chlorpromazine à 300 mgr. par jour n'apporte pas d'amélioration, au contraire, et en quelques jours survient une aphasie de

Wernicke après apraxie idéo-motrice bilatérale sans autres signes neurologiques.

Les indices de déshydratation intra-cellulaire que nous pouvons observer nous déterminent à pratiquer des perfusions de sérum glucosé hypertonique. On constate dès lors une amélioration rapide avec disparition de l'onirisme et des éléments aphaso-apraxiques. La réhydratation est poursuivie avec du sérum salé isotonique. Cette nouvelle médication coïncide avec la réapparition de l'onirisme. En présence de ces faits, une glycémie est pratiquée. Elle s'avère très basse : 0,40. Un traitement par sérum glucosé, alimentation hyperglucidique et A.C.T.H. associés provoquent une transformation spectaculaire, et quand la glycémie atteint 1 gr. 40, l'état confusionnel disparaît. Au fur et à mesure qu'il se dissipait, apparut un délire de persécution banal venu remplacer le délire zoopathique avec toutes ses manifestations sensorielles intenses et polymorphes ; « Deux de ses voisins hostiles veulent lui faire la peau. Il les entend parfois lui adresser des injures. » La systématisation est pauvre à la mesure de son niveau mental. Le taux de la glycémie est resté normal. Le malade continue à être traité notamment par le cortancyl.

La cause organique pouvant expliquer l'hypoglycémie n'a pu être mise en évidence. Des radiographies de la selle turcique et du cadre duodénal n'ont pas montré d'anomalies ou formations tumorales. Les tests de fonctionnement hépatique n'ont pas révélé de trouble. Le test de l'hyperglycémie provoquée pratiqué selon la technique de Lestradet montre une courbe aplatie avec réaction hypoglycémique rapide. Le test à l'insuline (1/2 unité d'insuline par kg. de poids, mesure de la glycémie toutes les 1/2 heures pendant trois heures) nous a permis de voir disparaître le glucose sanguin devenu indosable en une heure et survenir un coma une heure et demie après l'injection.

Nous n'avons pu, dans l'anamnèse de notre malade, établir la certitude d'un état crépusculaire initial qui aurait précédé et déterminé le délire hallucinatoire constaté depuis quatre ans avant la première admission. Mais le caractère intermittent et partiellement onirique de ces manifestations antérieures, les poussées confusionnelles correspondant ensuite à l'hypoglycémie constatée, la transmutation d'un délire zoopathique en délire de persécution après le retour à une glycémie normale, nous permettent néanmoins d'évoquer « l'organisation d'une pensée morbide selon un mode oniroïde permanent » (Delay), le délire secondaire apparaissant comme une séquelle organisée à la faveur de la dissolution de la conscience au moment des états crépusculaires. Mécanisme analogue à celui qui, selon la conception exposée en particulier par P. Neveu, préside à l'édification des délires secondaires aux intoxications éthyliques.

D'autres cas de troubles mentaux à type onirique d'origine hypoglycémique ont été publiés. Le cas de Bass et Giovacchini notamment s'apparente au nôtre par des phénomènes neurologiques : hémiplégie à rétrocession apparemment spontanée qui aurait fait penser au pithiatisme. Quoi qu'il en soit, les troubles mentaux chroniques secondaires à l'hypoglycémie spontanée semblent être plus fréquents que ne l'indique la rareté des cas décrits. Cela justifie à notre avis, et

c'est là la conclusion pratique de notre communication, la nécessité de procéder à des dosages systématiques de la aglycémie dans tous les épisodes oniriques. Peut-être éviterait-on ainsi dans des cas comme le nôtre que, selon l'expression d'H. Ey appliquée à d'autres processus, « le délire d'un moment ne devienne le délire d'une existence ».

REFERENCES. — Delay (J.), Neveu, Desclaux (P.) et Mme Leulier : Délires secondaires à des états crépusculaires hypoglycémiques. *Annales médico-psychologiques*, t. II, n° 5, décembre 1944, p. 516-520. — Bass (M.) et Giovacchini (L.) : Les aspects psychiques de l'hypoglycémie spontanée. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1948, 108, II, 9. — De Pergola (E.) : Les troubles nerveux au cours de l'hypoglycémie provoquée, avec considérations particulières des troubles psychiques étudiés par l'épreuve de Rorschach. *Minerva Medica*, 1953, 44, II, 57-58. — Grenier (J.), Larue (G.) et Gervais (L.-M.) : Hyperinsulinisme et troubles psychiatriques. *Laval Médical*, mai 1955, 200, 642-653.

Dystonie d'attitude chez des malades traités par la chlorpromazine, par MM. P. Lassalle, A. Garrigues, R. Plas et J. Maury-Lascoux.

Il semble superflu à l'heure actuelle de signaler les manifestations extra-pyramidales au cours des cures neuroleptiques, pouvant aller jusqu'aux crises oculogyres déjà décrites et dont nous avons observé deux cas sur 200 malades environ ayant dépassé, pendant plusieurs mois, les doses quotidiennes de 200 à 300 mg. de chlorpromazine. Mais, si de multiples troubles kinésiques ont été décrits, il ne semble pas que l'on ait attiré l'attention sur des cas de dystonie d'attitude constituant le seul symptôme du tableau clinique et c'est ce qui nous a incité à publier les trois observations ci-après :

Observation 1. — Gil... André, 22 ans, domestique agricole, hospitalisé pour la troisième fois avec le certificat suivant :

Présente des troubles mentaux caractérisés par des bizarreries du comportement, des stéréotypies de l'attitude, de l'inertie avec phase de mutisme, des troubles instinctifs avec gloutonnerie et voracité, du gâtisme intermittent. L'interrogatoire note une tendance au proverbiage, aux formules toutes faites, des troubles nets de l'affectivité avec perte de tout attachement familial, indifférence totale à sa situation, le tout évoluant sur un terrain de débilité constitutionnelle. A déjà été hospitalisé dans l'établissement. Des réserves ont été faites à cette occasion sur l'éventualité d'une évolution schizophrénique que les troubles présents confirment. L'examen somatique est négatif. On ne note aucun trouble neurologique, aussi bien au niveau de la face que des membres. Les réflexes sont normaux et égaux des deux côtés. Pas d'hypertonie plastique, aucune séquelle d'atteinte encéphalitique. Pas de malformations dégénératives.

Ce malade est traité par 600 mgr. de largactil. Au cours du dixième jour du traitement, il se présente devant nous plus surpris qu'angoissé, presque amusé, le tronc penché fortement sur le côté droit et légèrement infléchi en avant. Cette attitude cesse dans le décubitus et se reproduit rapidement

quand le malade se dresse en position assise ou debout. Elle ne s'accompagne pas de mouvements choréo-athétosiques, de tremblement, d'hypertonie des muscles du plan postérieur ou antérieur. Nous pratiquons une injection de scopolamine : dix minutes après, le malade garde toujours la même attitude. Par contre, une injection de maxiton restitue au sujet sa statique normale en cinq minutes.

Cette manifestation, comme celles présentées par les deux autres malades, ne s'est pas reproduite encore qu'ait été maintenue une posologie de 600 mgr.

Observation 2. — Toul... Max, 36 ans, agriculteur hospitalisé pour une démence précoce avec réactions agressives à l'extérieur ; tendance à l'inertie, réponses à côté, imprécises, syndrome d'influence, idées de persécution à base hypocondriaque. Importante activité auto-érotique et tendances automutilatrices. S'est trouvé amélioré à la suite d'une pleurésie droite à streptocoques survenue après un épisode infarctoïde au cours d'une cure de Sakel. Le sujet est indemne de toute atteinte neurologique. On essaie de faire progresser l'amélioration par une cure de chlorpromazine. Il en reçoit 600 mgr. *pro die* et *per os*. Au 11e jour, il se signale à notre attention par une incurvation du tronc en arrière et une légère plicature sur le côté. Les membres inférieurs sont légèrement fléchis pour rétablir l'équilibre, le bassin est projeté vers l'avant. La tête est défléchie et penchée sur l'épaule du même côté que le tronc. A la palpation des muscles du plan postérieur, longs dorsaux et sacro-lombaires, nous n'avons pu noter de variations du tonus ni en hyper ni en hypo. Ces spasmes cessaient dans le décubitus. Une injection de maxiton les fit rétrocéder en quatre minutes.

Observation 3. — Dut... Roger, 22 ans, sans profession, est un schizophrène, hospitalisé pour des bizarreries du comportement, des obsessions absurdes (ne veut pas boire du vin sous prétexte qu'il pourrait fermenter dans son intestin), du rationalisme morbide, des pratiques conjuratoires, un autodidactisme improductif orienté dans le sens scientifique. Il ne présente ni hallucinations, ni idées d'influence. Ses attitudes traduisent une activité artistique assez importante. On note une certaine agressivité envers l'entourage, qu'il prend quelquefois plaisir à inquiéter ce qui évoque l'hébéphrénie. L'examen somatique est négatif. Eréthisme nerveux avec hyperréflectivité bilatérale égale des deux côtés sans signes lésionnels, sans hyper ou hypotonie musculaire. Au cours de la cure par chlorpromazine, qui fut instituée sur la base d'une posologie quotidienne de 600 mgr., nous pûmes observer chez lui une hyperlordose avec déflexion extrême de la tête. Le décubitus ne faisait nullement céder le spasme et le malade était alors en opistothonos. Cet accès que nous laissâmes évoluer dura une heure, céda spontanément et inquiéta beaucoup le malade.

Il s'agit donc de trois déments précoces, relativement jeunes, qui ont présenté des troubles du tonus d'attitude au cours des 10e à 12e premiers jours d'une cure intense par la chlorpromazine, peut-être trop rapidement instaurée (600 mg. par jour dès le 8e jour), et chez lesquels on n'a pas observé de récidive malgré le maintien de la même posologie. Ils n'ont pas fait par la suite d'autres manifestations extra-pyramidales. Dans les deux premiers cas, la dystonie a résisté à la scopolamine et cédé rapidement au maxiton. Dans le

troisième, le décubitus n'a pas fait céder le spasme, qui d'autre part a disparu spontanément au bout d'une heure. Le psychisme de ces trois malades et le fait qu'ils n'ont pas été en contact nous a permis d'éliminer le pithiatisme.

L'intérêt de ces observations paraît en outre résider dans le fait qu'elles semblent, sur certains points, s'apparenter à des cas publiés tout récemment par M. Delay et collaborateurs (1) au sujet de nouveaux types d'accidents nerveux dus à un médicament neuroleptique, la prochlorpérazine. Dans l'observation n° 2, en particulier, publiée par ces auteurs le troisième jour du traitement on voit apparaître une première crise qui durera une trentaine de minutes : attitude de torticolis, phénomènes d'ouverture forcée de la bouche, grimaces, extension des membres supérieurs en pronation. La crise disparaît spontanément et, comme chez nos malades, elle ne réapparaît pas, bien que la thérapeutique ait été poursuivie. A noter cependant que les troubles de la statique et du tonus d'attitude observés dans le cas précité se sont accompagnés d'une symptomatologie beaucoup plus riche que celle que nous avons décrite : mouvements athétoïdes, crises oculogyres, etc...

Reste à interpréter ces cas de manifestations extra-pyramidales. Ils entrent dans le cadre de la pathologie post-encéphalitique. Leur caractère atypique a été souligné par divers auteurs et on a cherché à les expliquer par les corrélations diencéphalo-striées. On a identifié l'ensemble de ces manifestations, tantôt à des phénomènes extra-pyramidaux, tantôt catatoniques (H. Baruk). Une différenciation clinique a été tentée à ce sujet par J. Launay. La méthode de myographie analytique de P. Delmas-Marsalet, appliquée par H. Duboys de Termes, a montré chez ces malades la prédominance de l'aptitude tonique sur l'aptitude clonique et enfin l'école de J. Delay poursuit actuellement l'étude physio-pathologique de ces manifestations. En ce qui concerne plus spécialement les dystonies d'attitude, pour O. Foerster ce syndrome serait la conséquence de l'abolition de la fonction posturale apparaissant avant toute altération du tonus musculaire. C'est le facteur postural qui est atteint le premier, les troubles du tonus survenant ensuite. Le caractère très transitoire des troubles que nous avons observés et l'absence d'hypertonie des plans musculaires postérieur et antérieur au moment même de la crise paraissent étayer cette conception. C'est le centre fonctionnel postural qui semble avoir été seulement perturbé dans les manifestations que nous avons décrites. Mais notre intention est principalement de verser au dossier de cette question trois observations en soulignant qu'elles nous sont apparues, surtout les deux premières, comme traduisant des dystonies d'attitude pure, c'est-à-dire constituant le seul symptôme du tableau clinique et répondant en conséquence à la description initiale d'Oppenheim.

(1) Nouveaux types d'accidents nerveux dus à un médicament neuroleptique : la prochlorpérazine, par J. Delay, P. Deniker, J. Fourment, A. Green et Mme M. Ropert. *Annales médico-psychologiques*, mars 1957, t. I, n° 3, p. 510.

Discussion

M. P. Deniker. — Demande aux collègues qui viennent de prendre la parole s'ils ont éprouvé l'effet de la volonté sur les syndromes de dystonie d'attitude qui viennent d'être rapportés. Signalés par Labhardt en 1953 avec la chlorpromazine, ils sont surtout développés à l'occasion des cures de prochlorpérazine. A ce propos, nous avons souligné l'analogie de ces accidents avec les troubles du syndrome excito-moteur (P. Marie et G. Lévy) et ceux des états hystéroïdes organiques (Marinesco, Radovici et coll.) décrits dans les suites d'encéphalite léthargique.

M. Sutter. — La communication de M. Lassalle est à rapprocher d'une série d'observations que nous avons présentées, le 12 avril 1957, avec MM. Manceaux et Pélicier à la Société d'oto-neuro-ophtalmologie d'Alger. Tous nos malades avaient été traités par l'association de chlorpromazine et de réserpine ; les accidents survenus dans les premiers jours du traitement consistaient en crises généralement douloureuses de pleurosthotonos ou d'ouverture forcée de la bouche ; l'injection de nembutal ou d'amytal sodique les faisait disparaître très rapidement.

Efficacité de la prochlorpérazine à doses modérées dans les états d'excitation, par MM. Georges Lecomte, Alain Certoux et Jean Garrabé (La Charité-sur-Loire).

Résumé

Les auteurs ont traité avec succès sept états d'agitation appartenant à des cadres nosologiques divers avec des doses quotidiennes de prochlorpérazine (6140 R.P. ou stémétil) variant de 30 à 250 mg. Ces doses sont trois à quatre fois plus réduites que celles nécessaires à obtenir le même résultat chez les mêmes malades avec la chlorpromazine.

Chez une malade, une crise de contracture facio-linguale est survenue au cours de ce traitement, à la suite d'une émotion.

A la suite de la publication par Broussolle et Dubor (1) des résultats encourageants qu'ils ont obtenus sur divers syndromes mentaux grâce aux propriétés neuroleptiques d'un nouveau dérivé de la phénothiazine, le 6140 R.P. ou stémétil, nous avons nous-mêmes appliqué ce produit à un certain nombre de malades de notre service.

Nous avons calqué nos indications sur celles de la chlorpromazine, dans le but de comparer les avantages et les inconvénients des deux substances. Aussi, nous sommes-nous adressés tout d'abord à des états d'excitation maniaque, dont la sensibilité à la chlorpromazine est quasi-constante. Nous avons ensuite étendu les indications à des états d'agitation moins typiques : turbulence des démences séniles, agitation psycho-motrice des schizophrènes. Plus récemment, enfin, nous avons tenté de substituer la prochlorpérazine à la chlorpromazine chez des schizophrènes traitées depuis longtemps par ce dernier médicament.

Ces derniers essais sont trop récents pour que nous puissions en analyser avec profit les résultats. Aussi nous limiterons-nous ici à exposer nos observations de manie franche et d'états d'excitation symptomatique.

*
**

Mode d'administration.

La prochlorpérazine a toujours été administrée *per os*, sous forme de comprimés de 10 mg., en prises régulièrement espacées dans la journée. Guidés par la posologie indiquée par Broussolle et Dubor, nous avons cependant procédé dans tous les cas de façon progressive, essayant de déterminer pour chaque malade la dose minimum efficace : 40 mg. le premier jour, augmentation de 10 mg. tous les jours ou tous les trois jours suivant l'intensité de l'excitation jusqu'à la sédation ; maintien à cette dose jusqu'à la disparition des autres symptômes, enfin diminution également progressive. Parfois, la prochlorpérazine a été prescrite de façon continue.

OBSERVATIONS

Observation 1. — Mme V... P..., 64 ans. Manie périodique. Est hospitalisée pour la première fois dans le service le 6 septembre 1939 pour accès maniaque. Elle avait déjà fait des épisodes analogues traités à Maison-Blanche, à Sainte-Anne. Elle sort au bout d'un mois, sans avoir reçu aucun traitement, « notablement améliorée. Subexcitation psychique persistante. Emotivité. »

Nouvel accès neuf mois plus tard (15 juin 1940). Traitée par du nucléinate, elle sort améliorée au bout de quatre mois.

Nouvel accès en septembre 1941, qui se prolonge jusqu'en février 1942. On entreprend alors un traitement par l'électro-choc : 33 séances jusqu'en octobre 1943, puis nouvelle série de 10 électro-chocs de décembre 1944 à mars 1945, de 8 de décembre 1946 à février 1947. Les rémissions obtenues ne se prolongent pas au-delà de trois semaines, les rechutes se reproduisent dès que l'on espace les chocs. Cet état de manie chronique se prolonge pendant onze ans.

En août 1952 une lobotomie, suivant la technique de Freeman, est pratiquée. L'amélioration est immédiate mais elle ne se maintient que durant un mois. Pendant près d'un an vont ainsi alterner des périodes de calme et d'excitation de un mois chacune environ, les électro-chocs étant toujours pratiqués, isolément ou en association avec la sulfosine.

En juillet 1953 est tentée une cure de sommeil associant eunoctal, phénergan et largactil, ce dernier à la dose de 150 mgr. *per os* plus 25 mgr. intramusculaires. L'accès dure près de deux mois.

En octobre, la même thérapeutique ne raccourcit pas davantage l'évolution.

En décembre, 16 comas insuliniques au cours de la cure de sommeil réduisent l'accès à trois semaines et provoquent une rémission de trois mois. Le même résultat est obtenu avec cette même association en avril puis en septembre.

En 1955, on a recours pour la première fois à la chlorpromazine à fortes doses : 400 mgr. par jour en avril et en août, et il est encore nécessaire de

recourir à quelques comas insuliniques pour réduire l'excitation ; 600 mgr. en novembre, et on obtient, non seulement la réduction de l'accès à quinze jours, mais aussi et surtout une longue rémission de plus de sept mois. Devant ce résultat remarquable, des doses rapidement croissantes allant jusqu'à un gramme par jour sont prescrites lors de l'accès suivant, qui survient au mois de juillet. Il ne dure que trois semaines mais est suivi d'une période d'asthénie intense d'une durée égale. La rémission est de quatre mois.

En janvier 1957, un nouvel accès est traité par la prochlorpérazine : doses croissantes jusqu'à 240 mgr. par jour, 4 gr. au total ; l'excitation ne dure que deux semaines mais elle est suivie d'une période d'asthénie intense durant près d'un mois. Après une rémission courte de deux mois, un nouvel accès débute le 10 avril 1957. Il est rapidement jugulé par la prochlorpérazine qui, prescrite d'emblée à 140 mgr. par jour, entraîne la disparition des symptômes de manie en 24 heures.

Observation 2. — Mme Gh..., 37 ans. Accès de manie au cours d'une psychose maniaco-dépressive. Hospitalisée dans le service en 1953 pour mélancolie anxieuse avec tentative de suicide au gardénal ; elle est traitée par 7 électrochocs et sort guérie au bout de deux mois.

Elle est hospitalisée à nouveau le 2 février 1957 pour accès maniaque. La prochlorpérazine produit une amélioration au bout de quelques jours, si bien qu'il n'est pas nécessaire de dépasser 140 mgr. par jour. Alors qu'elle avait reçu en tout un gramme du produit, la malade se plaint de douleurs dans la fosse iliaque droite, qui font un moment évoquer le diagnostic d'appendicite. Puis, à la suite d'une émotion (une autre malade ayant rapporté à Mme Gh... d'imaginaires infidélités de M. Gh...), survient brutalement une crise facio-linguale : sensation de paralysie des lèvres, de la langue, voix nasonnée, inarticulée, impossibilité de déglutir alors que le liquide est gardé dans la bouche sans reflux vrai ; l'examen objectif est négatif ; en particulier, le réflexe nauséeux est conservé ; il n'y a pas de paralysie du voile.

La sédation de ces troubles se fait spontanément, mais dans la nuit apparaît une crise douloureuse abdominale avec cris, gesticulations, déambulation. L'examen trouve une douleur lombaire à irradiations descendantes vers les grandes lèvres, une dysurie. Cette « colique néphrétique » cède à une injection de sédol.

L'amélioration obtenue par la prochlorpérazine est suffisante pour permettre la sortie au bout de six semaines.

Observation 3. — Mme L..., 64 ans. Hypomanie au cours d'une psychose maniaco-dépressive. Cette malade a fait plusieurs séjours dans des hôpitaux psychiatriques. Il faut souligner en particulier une tentative de suicide en 1948.

Hospitalisée pour la première fois dans le service en janvier 1950, au cours d'une période d'excitation maniaque avec mésentente et hostilité conjugale, elle est traitée par des séries de 7 électro-chocs en avril, 12 en septembre, 10 en décembre, 7 en mars 1951. Elle sort en mai 1951.

Mme L... est à nouveau internée en juin 1956. Elle présente alors un accès maniaque franc. Traité par la chlorpromazine à la dose de 500 mgr. par jour, cet accès fait place à un état d'hypomanie. La sortie est cependant autorisée en août 1956 pour permettre à Mme L. de participer à un pèlerinage. Elle continue à prendre au dehors 150 mgr. de chlorpromazine par jour.

En novembre, se sentant incapable de vivre seule, elle demande son hospitalisation en cure libre. Elle demeure en effet hypomaniaque malgré la chlorpromazine. La prochlorpérazine, à la dose de 40 mgr., fait disparaître rapidement l'agitation.

Observation 4. — Mlle C..., 63 ans. Hypomanie chez un débile cyclothymique. Mlle C. a été internée le 5 mars 1935. Elle présentait un déficit intellectuel discret, surtout des alternatives de calme et d'excitation qui, sans être assez marquées pour que l'on puisse parler de psychose maniaco-dépressive, sont suffisantes pour que, jointes à l'incompréhension de la famille, elles empêchent une vie sociale adaptée.

Après un séjour de vingt ans, un traitement par la chlorpromazine à la dose de 75 mgr. permet la sortie et même un placement comme bonne à tout faire. Malheureusement, son employeur se donne la mort, ce qui déclenche une période de subexcitation, rendant nécessaire la réintégration à l'hôpital psychiatrique.

La prochlorpérazine, à la dose de 30 mgr. par jour, entraîne la sédation immédiate de cette agitation et permet la reprise du travail.

Observation 5. — Mme Ga..., 38 ans. Cette malade a fait de très nombreux séjours dans des hôpitaux psychiatriques.

De février 1935 à juin 1935. — Immédiat : « Confusion mentale avec vive excitation... ». Quinzaine : « Démence précoce... ».

D'août 1935 à mars 1936. — Immédiat : « Etat maniaque... ». Quinzaine : « Démence précoce à forme motrice. Excitation sexuelle avec logorrhée, injures et grossièretés... »

De mai 1937 à juillet 1939. — Certificat de placement : « Syndrome hébéphréno-catatonique... »

De février 1942 à juillet 1945. — Placement : « Dépression atypique... ». Immédiat (Sainte-Anne) : « Hébéphrénie... ». Immédiat (Maison-Blanche) : « Syndrome hébéphréno-catatonique... ».

D'avril 1949 à février 1950. — Immédiat : « Syndrome dépressif atypique... ».

Elle est hospitalisée pour la première fois dans le service le 28 août 1952. Le certificat immédiat indique : « Syndrome polymorphe. Etat confusionnel avec vagues idées délirantes de culpabilité et mystique. Variabilité du comportement... ».

Elle est traitée par trois séries d'électro-chocs puis par une cure de Sakel de 60 comas, et sort le 11 juillet 1953.

Elle est hospitalisée à nouveau le 10 mars 1957. Elle présente à l'entrée un état d'excitation maniaque typique. Cet état est apparu brusquement lorsque Mme Ga... a appris qu'elle était débitrice d'une forte somme, la sécurité sociale ne prenant plus en charge les frais de séjour de son fils en institut médico-pédagogique.

La prochlorpérazine est donnée à des doses croissantes de 40 à 160 mgr. On a la surprise de voir apparaître le troisième jour du traitement un syndrome catatonique avec mutisme, conservation des attitudes, qui disparaît spontanément. On note, dans les jours suivants, des impatiences musculaires des membres inférieurs. Dès le dixième jour, il est possible de diminuer la posologie. Mme Ga... est actuellement calme, travaille à l'atelier d'ergothérapie. On ne retrouve aucun élément dissociatif. Sortie le 21 avril 1957.

Observation 6. — Mme H..., 30 ans. Excitation symptomatique d'un syndrome schizophrénique. Cette malade, ancienne aide soignante à l'assistance publique, est hospitalisée en 1953 « pour un syndrome d'allure schizophrénique » apparu après l'accouchement de son premier enfant. Une cure de Sakel entreprise est interrompue dès le premier coma.

Hospitalisée pour la première fois dans le service en juillet 1954, elle est en proie à une excitation motrice qui rend nécessaire une cure de sommeil suivie de 7 électro-narcoses. L'amélioration obtenue est suffisante pour permettre une sortie avec un traitement par la chlorpromazine, à la dose de 100 mgr.

Mme H... est régulièrement suivie au dispensaire, elle est incapable d'une activité quelconque mais demeure calme. Enceinte à nouveau. elle met au monde, en novembre 1955, un enfant mort-né. Devant le retard du retour de couche, on pratique une encéphalographie gazeuse, qui montre une importante dilatation de tout le système ventriculaire, et surtout une réaction cytologique marquée : 14 éléments dans le liquide céphalique. Les autres examens sont normaux. Un traitement antibiotique est prescrit mais n'est pas suivi par la malade ; son mari décide de la faire hospitaliser à nouveau le 19 décembre 1955.

Brusquement, apparaît une agitation telle qu'il est nécessaire de transformer son placement libre en placement volontaire. 300 mgr. par jour de chlorpromazine sont nécessaires pour réduire cette agitation. La malade quitte le service le 28 mars, après un traitement antibiotique qui a permis de réduire à 4 éléments la cytologie céphalique. Elle continue à prendre chez elle 300 mgr. de largactil par jour.

Le 29 octobre, cette posologie est diminuée en même temps qu'est prescrit du mératran, pour tenter de corriger l'asthénie extrême dont se plaint Mme H...

Le 9 novembre 1956, nouvelle hospitalisation, rendue nécessaire par un nouvel état d'excitation. Celui-ci est facilement réduit par la prochlorpérazine, à la dose de 70, puis de 100 mgr. Cette dose est maintenue de façon continue depuis plusieurs mois. Sortie le 29 avril 1957, avec une dose d'entretien de 90 mgr. de prochlorpérazine.

Observation 7. — Mme U..., 78 ans. Excitation symptomatique d'une démence sénile. Cette malade, vivant seule depuis la mort de son mari, de ses enfants, est hospitalisée le 6 février 1957. Elle présentait un état dépressif symptomatique d une démence sénile à son début se traduisant par de l'anxiété, de l'insomnie, et surtout une excitation motrice. Cette excitation à type de déambulation à prédominance nocturne était telle qu'elle avait motivé sa sortie de l'hôpital général.

L'examen montre une hypertension à 21/11 sans signes cardiaques. La prochlorpérazine est donnée à raison de 30 mgr. le premier jour, en augmentant de 10 mgr. tous les trois jours jusqu'à 70 mgr.

La sédation de l'excitation est obtenue sans modifications tensionnelles. La prochlorpérazine est donnée depuis lors de façon continue ; la malade demeure calme.

Résultats.

1) L'efficacité de la prochlorpérazine dans les états d'excitation est remarquable. Nous l'avons utilisée dans trois accès maniaques francs,

un accès maniaque atypique, deux hypomanies chroniques, un état d'agitation symptomatique d'une schizophrénie, un état d'agitation symptomatique d'une démence sénile avec un égal succès : guérison des accès maniaques francs en un temps beaucoup plus court qu'avec toute autre méthode. Apaisement immédiat de l'agitation hypomaniaque et des agitations symptomatiques.

2) La posologie quotidienne varie considérablement suivant les sujets et les syndromes : 30 à 100 mg. dans les agitations symptomatiques, 120 à 250 mg. dans les accès maniaques francs.

Dans certains cas où l'indication est purement symptomatique, le traitement peut être poursuivi plusieurs mois, à doses faibles, sans inconvénient.

3) Comparaison avec la chlorpromazine. — Chez deux malades (obs. 3 et 4), la prochlorpérazine a permis de réduire une agitation que la chlorpromazine ne contrôlait plus.

Chez deux malades traitées antérieurement avec succès par la chlorpromazine pour des troubles comparables (obs. 1 et 6), nous avons obtenu un résultat identique avec des doses quotidiennes de prochlorpérazine trois à quatre fois moindres (240 mg. de prochlorpérazine pour 1.000 mg. de chlorpromazine, obs. 1 ; 90 mg. de prochlorpérazine pour 300 mg. de chlorpromazine, obs. 6).

4) Incidents. — Nous avons observé : une asthénie intense chez une malade traitée à doses importantes (obs. 1) ; des impatiences musculaires (obs. 5 et 6) et une crise facio-linguale (obs. 2). Ces symptômes ont déjà été signalés par d'autres auteurs qui les ont rapprochés des troubles post-encéphalitiques (Delay et coll.) (2) ou les ont qualifiés d' « hystéroïdes » (Broussolle et Dubor) en raison de leur disparition sous l'influence de la persuasion. Soulignons à ce propos que la crise facio-linguale de Mme Gh... (obs. 2) est apparue à la suite d'une émotion. Elle a été suivie d'une crise douloureuse lombo-iliaque dramatique d'évolution rapidement résolutive ayant évoqué une crise de colique néphrétique.

Dans l'obs. 5, la prochlorpérazine a paru responsable de la transformation d'un syndrome maniaque en syndrome catatonique. En réalité, cette malade avait déjà présenté lors de séjours antérieurs une symptomatologie comparable. La poursuite de la prochlorpérazine a d'ailleurs rapidement effacé ce syndrome catatonique et permis la sortie de la malade cinq semaines après son admission.

Nous avons noté, par ailleurs, des phénomènes de photo-sensibilisation comparables à ceux provoqués par la chlorpromazine.

Par contre, nous n'avons jamais observé la moindre modification de la tension artérielle, du pouls, du rythme respiratoire, ni de la température. Aucune malade n'a accusé de somnolence comparable à celle que provoque la chlorpromazine à fortes doses.

Conclusions.

La prochlorpérazine s'est avérée douée d'une efficacité remarquable et constante sur les différents états d'excitations où nous l'avons employée. Elle nous paraît de ce point de vue supérieure à la chlorpromazine pour les raisons suivantes : elle agit à doses trois à quatre fois moindres ; elle ne provoque pas de modification de la tension artérielle ni du rythme cardiaque ; elle n'entraîne pas de somnolence importante aux doses efficaces. Elle permet en outre de relayer la chlorpromazine lorsque celle-ci est devenue inefficace.

Une expérience plus étendue permettra d'apprécier si les contractures « hystéroïdes » dont elle paraît favoriser l'apparition constitueront un handicap réel à la généralisation de son emploi, dans les états d'excitation.

BIBLIOGRAPHIE. — 1. Broussolle (P.) et Dubor (P.) : Premier bilan des effets cliniques d'un nouveau neuroleptique. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, Bordeaux, 30 août-4 septembre 1956. — 2. Delay (J.), Deniker (P.) et Thuillier (J.) : Similitude des accidents nerveux de la prochlorpérazine avec certains troubles post-encéphalitiques. *Annales médico-psychologiques*, mars 1957, p. 506. — 3. Delay (J.), Deniker (P.), Fourment (J.), Green (A.) et Mme Ropert (M.) : Nouveaux types d'accidents nerveux dus à un médicament neuroleptique : la prochlorpérazine. *Annales médico-psychologiques*, mars 1957, p. 510. — 4. Borel, Coiffer (B.) et Mme Dechosal (F.) : Essais thérapeutiques avec deux dérivés des phénotiazines : le 4632 R.P. (mopazine) et le 6140 R.P. (stémétil). *Annales médico-psychologiques*, mars 1957, p. 526. — 5. De Gennes (L.) et Bricaire (H.) : Les accidents nerveux d'un nouvel antiémétique (6140 R.P.). *La Presse Médicale*, 1957, 65, p. 499.

Action thérapeutique sur la turbulence des vieillards et des enfants d'une association de dérivé bromé d'hydantoïne et de phénobarbital, par MM. J.-Y. Achallé, P. Achallé et A. Fadeuilhe (La Charité-sur-Loire).

Nous avons expérimenté sur les vieillards et les enfants un dérivé bromé d'hydantoïne, mélangé avec le phénobarbital, dans la proportion de neuf parties d'hydantoïne pour une partie de phénobarbital (anirrit).

Les travaux de H. Laué ont montré que l'hydantoïne bromurée exerce une action anti-convulsivante très prononcée sur l'écorce cérébrale et dans une certaine mesure, aussi, mais plus discrète, sur le diencéphale. Cette action consiste en une diminution d'excitabilité du substratum cortical stimulé.

Le dérivé bromé présente des effets plus particuliers, l'action sédative générale du brome s'unissant à l'action spécifiquement anticonvulsivante corticale de l'hydantoïne.

Les hydantoïnes présentent l'avantage sur les barbituriques de n'avoir qu'un faible effet hypnotique. Leur action est basée sur un freinage de l'action cortico-motrice de l'écorce cérébrale. L'inclusion

de brome dans la molécule de l'hydantoïne a un effet particulièrement favorable.

L'association à faible dose de phénobarbital calme le système neuro-végétatif et augmente l'effet sédatif. C'est le produit ainsi obtenu et présenté sous le nom d'anirrit que nous avons expérimenté sur les vieillards séniles et les enfants. L'on connaît les difficultés rencontrées lorsque l'on veut corriger par une thérapeutique symptomatique la turbulence de ces sujets.

Chez les vieillards, il s'agit de trouver une posologie d'efficacité optimum, c'est-à-dire capable de calmer le sujet, de rétablir une alternance jour-nuit normale, sans « l'assommer ». Un produit n'entraînant pas de perturbations secondaires (anorexie, baisse tensionnelle, constipation, asthénie cardio-vasculaire) prend tout son intérêt. La correction de ces états d'hyperactivité permet de combattre le manque de repos qu'entraîne l'insomnie. Elle est nécessaire surtout en milieu hospitalier, pour protéger le calme des autres malades d'un même dortoir.

L'expérimentation a touché de nombreux sujets, mais nous donnons quatre observations caractéristiques de grande turbulence.

Durant les 24 heures, nous avons totalisé le nombre d'heures de ces différents comportements. L'évolution jour après jour au cours de plusieurs mois nous a permis d'apprécier l'effet thérapeutique du produit étudié.

Conjointement, l'état général et la tension artérielle de chaque malade ont été notés ; des examens biologiques (en particulier urée) ont été régulièrement pratiqués.

La posologie : elle a été rapidement croissante jusqu'à obtention de l'effet thérapeutique cherché ; elle se situe, pour trois de ces malades, à trois comprimés par jour, à quatre pour le quatrième.

Les comprimés sont distribués d'une manière régulière au cours des 24 heures.

Observation 1. — M. du..., 80 ans. Extrait du certificat médical : « Démence sénile. Turbulence. Gâtisme. Etat physique précaire. Séquelles hémiplégiques ».

Les observations médicales concernant ce malade durant sa première quinzaine dans le service notent sa turbulence extrême : déchire ses draps, se lève de son lit au cours de la nuit, se couche dans le lit d'un autre. Les heures de sommeil sont réduites ; il dort surtout au cours de la journée.

Une thérapeutique symptomatique à base d'un neuroplégique institué devant ce tableau clinique doit être interrompue en raison de son action sur la tension artérielle et de l'abattement marqué avec anorexie que présente le malade.

Début du traitement par l'anirrit le 30 mai 1956 (1/2 comprimé). Augmentation rapide de la posologie : 1 comprimé le 2 juin, 2 comprimés le 4 juin, 3 comprimés le 24 juin.

On constate, après trois semaines de traitement, une diminution du nombre d'heures d'agitation et une augmentation concomitante des heures de tranquillité. Par contre-coup, l'état général s'améliore, l'organisme se repose mieux. La tension artérielle demeure la même (15-8,5).

Observation 2. — M. P..., 74 ans. « Affaiblissement sénile. Turbulence nocturne. Etat physique moyen, arythmie avec œdème malléolaire. ».

Même comportement que dans le cas précédent, mais ici le malade est un cardiaque décompensé pour qui le repos horizontal est nécessaire. La posologie de l'anirrit passe de 1 comprimé le 2 juin à 3 comprimés le 24 juin. En effet, peu d'amélioration jusqu'à cette date.

Par contre, à partir de ce moment, les périodes d'agitation, bien que restant encore importantes, diminuent. Le malade dort plus longuement et plus souvent la nuit. La tension artérielle ne bouge pas, puisque de 17-10 à son entrée, elle est actuellement de 16,5-8. Le repos au lit est mieux respecté et un traitement cardiaque complet peut être institué.

Observation 3. — M. Germ..., 78 ans. « Démence sénile ; idées préjudice. Gros affaiblissement. Turbulence. Gâtisme. » Malade un peu plus calme que les précédents, mais par périodes très agité, se levant constamment de son lit, déchirant ses vêtements.

La posologie instituée est la même que dans le premier cas. Très rapidement, après une quinzaine de jours de traitement, l'agitation diminue pour disparaître même complètement par périodes.

Observation 4. — M. Cour..., 80 ans. « Présente un gros déficit amnésique, de la désorientation temporo-spatiale, des troubles du jugement. » « Cœur arythmique, signes de bronchite chronique ».

Même posologie que dans le cas précédent. Diminution de la turbulence nette, surtout après un mois de traitement. La tension artérielle, de 14-7 à l'entrée, est actuellement de 12,5-7.

Ce malade qui, avant son entrée, avait fait un ictus cérébral avec récupération fonctionnelle totale, refait un accident semblable dans le service. Ici, aussi, récupération fonctionnelle complète.

Nous avons donc obtenu dans chacun de ces cas l'effet thérapeutique recherché, et cela avec des posologies qui demeurent faibles, qui, certainement, sont susceptibles, dans ces cas plus résistants, d'être largement dépassés.

Il n'a pas été noté la moindre atteinte de l'état général de ces sujets, bien que l'un d'eux, ainsi que l'indique le certificat immédiat, ait été dans un état physique précaire et les autres soient des cardiaques décompensés. Au contraire, la normalisation du comportement a rendu plus efficaces les thérapeutiques organiques pratiquées.

Il n'y a pas eu d'hypersomnie, le sujet demeurant calme bien qu'éveillé. De même, pas d'anorexie, pas d'atonie intestinale.

Chez les enfants, il nous a été possible d'appliquer ce traitement à un groupe de vingt garçons présentant des troubles de l'humeur et du comportement les plus importants. Mais nous ne pouvons retenir que les résultats obtenus chez quinze d'entre eux, les cinq autres n'ayant

pu être suivis régulièrement ou n'ayant pas subi un traitement continu. Leur âge se situe entre 9 et 14 ans.

Le traitement a été nécessairement long ; nous l'avons institué pendant trois mois, cela nous a permis de mieux juger des effets secondaires.

La dose de départ a été pour chaque enfant de deux comprimés par jour. Cette dose fut par la suite augmentée selon l'acuité des cas et des résultats obtenus. C'est ainsi que : un enfant est resté à deux comprimés par jour, six enfants ont pris quatre comprimés par jour, huit enfants ont pris jusqu'à six comprimés par jour.

Résultats

1) Deux améliorations nettes :

Claude B... — Instable, coléreux, susceptible, inattentif. L'effet sédatif s'est avéré excellent chez cet enfant après quelques jours de traitement ; les colères presque journalières devenaient moins fréquentes, mais Claude B... demeurait très instable. Nous avons alors porté la dose à 4 comprimés par jour. Claude a continué de s'améliorer, non seulement son comportement est devenu plus calme, mais il a de plus participé à des activités qu'il boudait jusqu'alors.

L'anirrit semble avoir mis Claude B... dans un état de « disponibilité » qui lui a permis de s'intéresser aux divers travaux manuels, aux jeux collectifs du centre.

Louis C..., 13 ans. — De comportement semblable à Claude B..., mais cependant un peu moins irritable. Sous l'influence du traitement (4 comprimés par jour), Louis C... s'est montré plus calme, plus docile, plus éveillé, plus travailleur.

Chez ces deux enfants, l'amélioration s'est maintenue de façon régulière pendant toute la durée du traitement.

Le produit : 1° a eu un effet sédatif manifeste ; 2° a permis aux enfants de s'intéresser plus facilement à l'activité du centre et facilité ainsi les possibilités de réadaptation.

2) Des résultats probants, mais cependant moins évidents, ont été obtenus chez six autres enfants.

Chez l'un d'eux, la dose de 6 comprimés par jour a été nécessaire. Le traitement n'a eu dans ce cas qu'un effet sédatif sur l'irritabilité et la turbulence.

3) Enfin, aucune amélioration ne s'est produite chez les sept autres, bien que la dose ait été portée pour tous à six comprimés par jour.

Deux d'entre eux présentaient un caractère épileptique assez évident, avec colères graves, tendances agressives. L'électro-encéphalogramme, bien que suspect de comitialité, ne permet pas cependant d'affirmer l'épilepsie.

En somme, huit enfants sur quinze ont été améliorés par l'anirrit. Il n'a pas été noté de phénomènes d'accoutumance, de phénomènes de somnolence, de phénomènes d'incapacité de travail scolaire.

Le contrôle hématologique effectué avant et après le traitement ne nous a révélé aucun déséquilibre leucocytaire d'origine toxique. Les tracés encéphalographiques n'ont pas présenté de modifications.

En conclusion, le produit que nous avons expérimenté nous a paru présenter un intérêt particulier : d'une part, dans le traitement de la turbulence des enfants et surtout des vieillards, d'autre part comme sédatif. Nous n'avons pas étudié son action anti-épileptique, qui est connue.

Nous pouvons donc conclure à l'intérêt de l'anirrit ; son efficacité est réelle, son innocuité notable.

Discussion

M. Paul Abély. — Je ne partage pas entièrement l'enthousiasme des présentateurs au sujet de ce produit que j'ai eu l'occasion d'utiliser dans quelques cas d'agitation sénile. Il s'agit en réalité d'une association brome, hydantoïne et phényléthylmalonylurée, en somme de médicaments, isolément depuis longtemps connus.

Je ne suis pas absolument certain que l'hydantoïne, susceptible d'atteindre la formule sanguine, soit bien indiquée chez les enfants et les vieillards, car leur hématopoïèse est facilement vulnérable. Il serait dans tous les cas obligatoire, en utilisant cette thérapeutique, de contrôler fréquemment cette formule sanguine. Par ailleurs, cette médication assez empirique ne s'adresse pas exactement aux causes complexes de l'agitation sénile, plus ou moins onirique et liée à des troubles d'insuffisance rénale, cardiaque, pulmonaire ou intestinaux et autres. Mon expérimentation est trop limitée pour que je puisse aboutir honnêtement à une opinion formelle.

Néanmoins, dans deux cas, j'ai pu constater une inquiétante réaction de sensibilisation avec hyperthermie, érythème intense, cela avec des doses très moyennes, et dans les autres cas l'action calmante ne m'a pas semblé très évidente, si bien que j'ai renoncé à poursuivre ces essais.

Mme Agnès Masson. — Cette communication pose utilement le problème de la posologie des médicaments calmants chez les vieillards, au moment où le fonctionnement satisfaisant des premiers services de gérontologie, comme celui de Saint-Maurice, montre l'utilité de ces créations. Il s'agit de permettre la vie en commun de malades mentalement affaiblis et présentant assez souvent une certaine turbulence, et cela tout en leur assurant une survie aussi longue que possible. Les études concernant l'adaptation éventuelle à ces malades de médicaments utilisés chez les adultes relativement encore jeunes, tout comme celles concernant l'utilisation possible d'autres médicaments sont donc souhaitables, en tenant compte de la notion de sécurité maxima et en mettant au point les différents contrôles dont il y aura lieu de s'entourer en les administrant.

Séquelles mentales d'une rougeole, par MM. Claude Pottier, R. Monnerie, L. Himmelfarb-Cobut et Y. Blanc

Rappelant des observations de Comby, Roudinesco et Riom, M. Letailleur, dans sa thèse de Paris, est frappé par les séquelles psychiques des syndromes encéphalitiques compliquant des fièvres éruptives. Elles sont associées ou non à des séquelles neurologiques. Pour sa part, il lui a été donné d'observer une oligophrénie consécutive à une rougeole.

Dans une importante revue générale des aspects neuro-psychiques de la rougeole, M. R. Puynello annonce que la fréquence des complications nerveuses de la rougeole augmente depuis quelques années. La symptomatologie est très variée. La maladie peut frapper tous les étages de l'axe cérébro-spinal.

Cependant, ce sont surtout des complications neurologiques de la rougeole qu'on trouve décrites. D'autre part, les complications nerveuses de la rougeole semblent avoir été étudiées surtout chez les enfants. C'est pourquoi nous croyons utile de rapporter ici des séquelles mentales d'une rougeole chez un adulte.

Observation. — Au cours de son service militaire, B... Germain est hospitalisé à Saint-Germain-en-Laye pour une rougeole le 28 avril 1936. Le 18 mai suivant, il est évacué d'urgence sur l'hôpital du Val-de-Grâce à Paris, pour complications nerveuses de la rougeole. La rougeole avait eu une évolution normale, mais au cours de la convalescence, après des préoccupations hypocondriaques, apparaît un état confusionnel avec délire hallucinatoire à teinte mélancolique et idées de suicide. La température est de 38°. Il existe des phases d'agitation marquée.

Le 25 mai suivant, on note une amélioration progressive, mais une « grosse indifférence affective persistante ». Il quitte le Val-de-Grâce le 18 juillet 1936.

Cependant, il n'est pas complètement guéri. Des troubles « nerveux » ne lui permettent pas de travailler régulièrement. Le 10 octobre 1936, il fait un séjour à la clinique de la Faculté de médecine de Paris, à l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne. Il est calme mais « indifférent ». Le 26 octobre suivant, un médecin-expert militaire déclare qu'il ne présente aucun déficit cérébral ni aucun signe objectif d'atteinte du névraxe. Il ne fait état que de sa rachialgie et de son bradypsychisme.

Du 22 mai 1942 au 17 mai 1943, il est traité à l'hôpital psychiatrique de la Cellette pour un syndrome schizophrénique avec autisme, semi-mutisme, ambivalence, indifférence générale, impulsivité et fugues. Une amélioration progressive est obtenue par l'ergothérapie. Son impulsivité ne permet pas de continuer un congé d'essai. Après réintégration, il sort définitivement de l'hôpital psychiatrique de la Cellette le 17 mars 1943.

Pendant environ neuf ans, il n'attire pas l'attention sur lui. En 1952, survient une phase d'agitation. Il est hospitalisé à Tulle, du 6 au 24 février Il redevient calme deux jours après son hospitalisation, mais se montre

ensuite mélancolique et laconique. Il est mis en observation dans le service de neuro-psychiatrie de l'hospice de Brive, du 24 février au 11 mars 1952. Il se montre alors calme, lucide et cohérent.

En 1954, au cours d'une fugue pathologique, Germain commet un vol de bicyclette. Un médecin-expert l'examine à la maison d'arrêt. Il relate ses « poussées » de troubles mentaux caractérisés par de l'obnubilation, du mutisme, des violences, de la détérioration d'objets, de la congestion céphalique, des mouvements stéréotypés, des impulsions ambulatoires, des fugues. On note parfois un appoint éthylique. Les troubles mentaux sont précédés par des périodes prodromiques pendant lesquelles le malade devient taciturne, s'isole, commet des erreurs dans son travail, fait des fugues. Le médecin-expert note encore que, durant son examen, Germain se montre bizarre, très laconique, discordant, indifférent. Il le considère comme atteint de séquelles d'encéphalite morbilleuse à manifestations intermittentes. Il l'estime dangereux et demande son internement.

Germain est alors interné à l'hôpital psychiatrique de Naugeat du 27 octobre 1954 au 13 janvier 1955. Après une amélioration passagère, il est sujet, le 22 novembre 1954, à un accès d'agitation psychomotrice avec idées de persécution et menaces contre le personnel. Il est ensuite transféré à l'hôpital psychiatrique de la Cellette.

Rendu à sa mère, celle-ci l'abandonne pour aller habiter avec son autre fils. Contrarié, Germain part pour la région parisienne pour retrouver un oncle. Il s'égare dans la banlieue. Il est trouvé à demi-nu par la police sur une route près de Montgeron. Il est conduit à l'hôpital de Corbeil, où on constate un état confusionnel avec agitation psychomotrice, hostilité, refus d'alimentation.

Le 25 mai 1956, il est transféré à l'hôpital psychiatrique de Clermont. A son arrivée, on constate de l'obtusion intellectuelle, du bradypsychisme, de la dépression avec inactivité. Il est sujet à des hallucinations auditives. Par la suite, on remarque son attitude renfermée et bizarre et son inadaptation. Le 17 juillet 1956, on note une réapparition de la confusion mentale avec anxiété et agitation.

Nous l'examinons le 28 novembre 1956. Il est songeur, morose, renfermé, absent, indifférent. On constate de la lenteur dans l'association des idées avec des réponses tardives et imprécises. Il aurait un caractère entier, intransigeant, irritable, impulsif. Il a une attitude autistique avec psychorigidité. Il est nonchalant, négligent et inactif. Il existe une diminution du pragmatisme. Il a un comportement quelque peu bizarre. En outre, il est sujet à des hallucinations de l'ouïe mais l'élaboration délirante est minime et le délire mal systématisé. Germain présente donc actuellement les symptômes d'une schizophrénie en évolution.

Germain a un type leptosome. Il existe une certaine mydriase. Les réflexes rotuliens sont vifs et polycinétiques. Par ailleurs, l'examen du système nerveux ne révèle rien d'anormal. Le tremblement digital et lingual est probablement le reliquat, chez cet ouvrier carrier, d'une imprégnation éthylique ancienne. Par ailleurs, on trouve une hypertension artérielle à 21-12. Le pouls est de 63. Il a maintenant 42 ans.

Les épisodes confusionnels avec bouffées délirantes espacées pouvaient faire songer à des équivalents épileptiques. Mais l'analyse de ses fugues montre qu'elles n'étaient pas accomplies dans l'inconscience habituelle aux états comitiaux. De plus, il semble bien qu'il en conservait le souvenir.

Nous n'avons pas la notion chez lui de crises convulsives d'épilepsie ni d'autres équivalents épileptiques. Il ne peut pas être considéré comme un épileptique.

Par les tests de Binet et Simon, nous avons trouvé chez lui un âge mental de 9 ans 3/5. Mais Germain, très indifférent à nos questions, était par ailleurs perturbé par son automatisme mental. Il est plus fruste que débile. Rappelons qu'il aurait obtenu le certificat d'études primaires et avait pu apprendre un métier. On ne peut donc pas le considérer comme un débile mental sujet à des bouffées délirantes.

Une enquête a révélé que les intervalles entre ses internements et hospitalisations n'ont pas été véritablement des intervalles de bonne santé mentale. Selon son entourage, il est atteint de troubles mentaux qui se manifestent par des « crises » assez fréquentes au cours desquelles il se montre bizarre. Il aime alors vivre en solitaire et ne parle à personne. Parfois même il ne sait plus ce qu'il fait. Par suite de ces « crises », il travaille irrégulièrement.

Ses troubles psychiques ne sont donc intermittents qu'en apparence. S'ils s'atténuent parfois pendant des périodes assez longues et lui rendent alors une certaine sociabilité, ils ne disparaissent pas cependant complètement. Ces troubles mentaux revêtent actuellement une forme schizophrénique. Ils sont l'aboutissement de troubles mentaux apparus pendant la convalescence d'une rougeole contractée au cours de son service militaire. Tous ceux qui le connaissent bien et depuis longtemps déclarent qu'il n'avait jamais auparavant présenté de troubles mentaux. On ne lui connaît pas non plus d'hérédité mentale. Tout au plus, son caractère ressemblerait à celui de sa mère, considérée comme « nerveuse ».

Rappelons que le diagnostic de sortie de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye était « complications nerveuses de la rougeole » et que ce diagnostic a été confirmé ensuite par les médecins du Val-de-Grâce qui eurent à le soigner. Même en l'absence de troubles neurologiques importants, il semble bien que les troubles mentaux de Germain peuvent être considérés comme des séquelles d'une encéphalite morbilleuse. L'éthylisme n'a pu jouer chez lui que comme un appoint générateur d'aggravation de troubles déjà existants.

Comme M. Letailleur le fait remarquer dans sa thèse de Paris, dans les syndromes encéphalitiques compliquant des fièvres éruptives, il n'y a aucune relation évidente entre la gravité des phénomènes nerveux et l'intensité de l'exanthème. Bien plus, pour certains auteurs, dont MM. Ludo van Bogaert et Jean Picard, ils peuvent compliquer les plus bénignes comme les plus graves d'entre elles. Considérant des maladies infectieuses de l'enfance, Vermeylen a écrit: « Dans quelques cas, il y a eu des signes nets d'encéphalite ; dans d'autres, rien de spécial n'a été remarqué à cet égard au cours de l'infection. Les signes neurologiques sont souvent très discrets et très fugaces. Au moment où apparaissent les manifestations psychopathiques, les signes neurologiques et humoraux, souvent très frustes, ont totalement disparu. » V. de Lavergne et Helluy ont insisté aussi sur l'existence de formes atténuées et même méconnues des encéphalites morbilleuses préparées selon Rudin par une hérédité névropa-

thique. Dans le cas de notre malade, celui-ci aurait hérité de sa mère un caractère « nerveux ». La rougeole avait évolué normalement avec chute de la température le sixième jour. Le malade n'a pas souffert de céphalée et n'a pas eu de réaction méningée. L'examen du liquide céphalo-rachidien n'aurait rien révélé d'anormal. Mais, dès le début de sa rougeole, le malade aurait exprimé des idées hypocondriaques et cet état nosophobique aurait duré jusqu'à l'apparition de l'état confusionnel avec délire hallucinatoire. S'il a été rapporté des oligophrénies résultant d'encéphalites morbilleuses de l'enfance, les séquelles mentales à forme schizophrénique consécutives à des rougeoles de l'âge adulte qui sont connues peuvent être considérées comme rares.

A propos d'un diagnostic de paralysie générale conjugale, par MM. J. Ayme, J. Dehu et H. Mailhebiau.

L'observation que nous vous présentons est celle d'un couple, vivant dans des conditions favorables : milieu aisé et éclairé, environs de Paris, surveillance médicale régulière qui, néanmoins, a abouti inexorablement à la démence sans aucune assistance efficace.

Observation. — Le 12 novembre 1956 est hospitalisée Mme Mal..., accompagnée de son mari, à M... Quelques jours après, le couple est acheminé vers Clermont-de-l'Oise, avec les certificats suivants : « Mme Mal..., atteinte de paralysie générale progressive évoluant depuis plus d'un an et qui fut traitée à la maison de santé de X... Affaiblissement intellectuel global. Forme dépressive. Pas de délire nettement exprimé aujourd'hui. » — Dr R...

M. Mal... entrait le même jour avec ce certificat : « Délire de persécution. Empoisonnement. Réticence. Se plaint de voisins qui auraient porté plainte contre lui. D'après son beau-fils, aurait des hallucinations auditives, des bizarreries. Légère dysarthrie spontanée. Pourrait être lui-même paralytique général comme sa femme internée ce jour. » — Dr R...

Au cours de l'étude de ce cas, nous nous attacherons surtout à l'examen des conditions médico-sociales qui ont pu permettre l'évolution en dix ans d'une paralysie conjugale (1946-1956).

A son arrivée à Clermont-de-l'Oise, en novembre 1956, Mme Mal..., 44 ans, est une petite vieille sale, négligée, loquace, puérile, elle s'amuse d'un rien. L'interrogatoire est rendu pénible par la difficulté à fixer l'attention.

La parole est mal articulée ; une logorrhée incompréhensible et incohérente, un bavardage sans suite accompagnent une activité brouillonne, touche-à-tout, désordonnée. C'est une démente.

M. Mal... a gardé une apparence digne, mais le faciès est inexpressif, atone. Il déclare d'une voix qu'il veut impérieuse, mais qui n'est que bredouillée, qu'il est seulement venu accompagner sa femme, « anormale et nerveuse » depuis plusieurs années et « qu'on l'a gardé à l'hôpital de M... ». Mais cette attitude n'est qu'une façade qui s'écroule vite.

Dès les premiers jours, M. Mal... présente des signes d'affaiblissement

mental : gâtisme, actes absurdes. L'interrogatoire révèle un délire pauvre, mobile, peu systématisé, avec quelques idées mégalomaniaques.

Nous reprendrons plus tard l'examen de ce couple qui offre, aujourd'hui, peu d'intérêt diagnostic (il s'agit de deux paralysies générales avancées), pour nous attacher plutôt à l'histoire de la maladie, que nous avons pu reconstituer grâce à la sœur du malade.

Mlle Mal... est une vieille demoiselle distinguée, artiste, d'éducation soignée. De dix ans plus âgée que notre malade, elle ne l'a jamais quitté et a pu nous donner les renseignements suivants :

M. Mal... est le quatrième enfant d'un dessinateur qui dirige un atelier de décoration fondé par son père dans la région parisienne. Trois frères et sœurs bien portants. Père décédé d'artériosclérose à 72 ans. Mère décédée à 88 ans.

Enfant nerveux très gâté ; n'est jamais allé en classe dans sa petite enfance, instruit par les soins de la mère et de la sœur aînée jusqu'à 13 ans. Après quelques années de collège, a appris le dessin à la maison. On note, dans ses antécédents pathologiques, une entérite banale, une rougeole, une scarlatine. Aurait été, à 10 ans, sujet aux cauchemars. Réformé du service militaire pour insuffisance pondérale.

Se marie, hélas ! (nous dit la sœur), en 1944, avec une divorcée qui a deux enfants ; une téléphoniste qu'il a rencontrée dans un restaurant et qu'il a épousée quelques années après cette rencontre (trois ans nous dit le malade).

Mlle Mal... n'approuve pas le mariage de son frère, mais à la mort de leur mère en 1945, elle revient habiter avec le couple. « On se supportait poliment », nous dit-elle ; elle n'a jamais osé juger les agissements de sa belle-sœur.

Dès 1946, la vie devient intenable. Mlle Mal... est nerveuse, se prend de querelle avec les voisins ; « elle crie comme cela sans raison ! ». On consulte le médecin, qui prescrit des calmants.

C'est à peu près vers cette époque que M. Mal... se fait soigner pour une plaie d'allure variqueuse, qui s'est montrée jusqu'à aujourd'hui rebelle à tout traitement.

Mme Mal... devient d'une violence extrême, jette sa belle-sœur par terre au cours d'un différend. Elle est hospitalisée dans une clinique psychiatrique privée, d'où elle sort quelques semaines plus tard.

La belle-sœur ignore le diagnostic. Selon le médecin, le mal remonterait à plus de six ans. M. Mal... a-t-il su le diagnostic ? Il s'en défend, mais cette opinion ne saurait être retenue en raison de l'affaiblissement mental actuel.

A la maison, « tout » s'aggrave. Mme Mal... délaisse son ménage, élève dix-neuf chats et trois chiens, malgré les protestations timides de la belle-sœur. Les voisins protestent bien un peu, mais il s'agit de notables contre lesquels aucune mesure n'est arrêtée. De son côté, le mari reste indifférent à l'étrangeté de la conduite de son épouse. Il effectue des voyages mystérieux de plusieurs semaines à l'étranger qu'il explique ainsi : « J'allais voir les clients. »

En 1953, il a une syncope dans une gare, en Angleterre. Sa jambe œdématiée le fait beaucoup souffrir. On le ramène chez lui.

Quelque temps après, en 1954, se situe un épisode plus significatif. M. Mal... part de chez lui pour se rendre chez le coiffeur dans la matinée. Le soir, sa sœur inquiète, alerte le commissariat. M. Mal... est retrouvé le lendemain matin ; il a erré toute la nuit à travers les Buttes-Chaumont. Il déclare aux gendarmes : « Le feu est à la maison, ma sœur est morte, les agents l'ont tuée. » La veille, il avait téléphoné au médecin de famille pour l'avertir d'un accident survenu à sa sœur. Il fait un séjour de trois jours dans un hôpital général puis, à la demande de sa sœur, il entre à la clinique psychiatrique, où avait déjà été soignée sa femme en 1946. On le renvoie dix jours après avec le conseil de voyager !... Il part alors six semaines en Angleterre.

Durant l'hiver 1955, M. Mal... ne quitte plus la maison. Sa femme déambule dans le pays, achetant sans nécessité des objets qu'elle ne paie d'ailleurs pas. Elle sème du verre pilé dans la nourriture des chiens et des chats : cinquante chats et chiens sont enterrés dans le jardin. Les disputes sont incessantes. Il ne reste plus qu'une écumoire à la maison..., tout est brisé.

Mme Mal... entre en clinique une seconde fois en décembre ; elle en ressort en février. Elle a été traitée sans amélioration par impaludation, stovarsol, pénicilline.

La belle-sœur, à bout de forces, va se réfugier dans un hôpital voisin pendant quatre mois. A son retour, elle retrouve le logis sens dessus dessous ; le couple ne mange plus que des confitures et des biscottes, s'accusant mutuellement d'empoisonnement. Gaz et électricité brûlent jour et nuit. Les factures impayées s'accumulent (gaz : 18.000 fr.). « C'était atroce », dit-elle.

Elle prend l'avis de son frère, qui ne réagit pas. Dans son désarroi, elle s'adresse au commissariat pour demander l'internement de la belle-sœur. Dans le service de psychiatrie où celle-ci échoue, l'état du mari est jugé tel qu'ils sont dirigés tous deux vers l'hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise, en placement d'office.

Les certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine désignent Mme Mal... comme atteinte de paralysie générale ancienne et reconnue.

M. Mal... fait l'objet des certificats suivants : « Etat d'affaiblissement intellectuel. Dysarthrie. Tremblement lingual. Argyll-Robertson. Pauvreté du jugement et de l'autocritique. Notion d'une paralysie générale chez l'épouse. » — Dr A...

Et quinze jours plus tard, après les résultats de la ponction lombaire, la première qui lui eût été faite depuis le début de ses troubles : certificat du 30 novembre 1956 : « Paralysie générale avec affaiblissement intellectuel. Dysarthrie. Tremblement lingual. Argyll-Robertson. » — Dr A.

Cette observation n'offre pas d'intérêt diagnostique particulier. Il s'agit de deux paralysies générales confirmées, tant sur le plan clinique que sur le plan biologique. L'évolution de ces deux cas depuis leur entrée dans l'établissement n'est pas, comme il fallait s'y attendre, favorable, du fait, chez la femme d'un traitement irrégulier, et chez le mari d'un diagnostic tardif.

C'est ce dernier cas qui nous a conduit aux réflexions suivantes :

a) Malgré une diminution impressionnante des cas de paralysie générale, il semble encore difficile d'affrmer « la fin de la syphilis nerveuse », pour reprendre les termes du rapport de neurologie du LIII[e] Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

D'ailleurs, dans le rapport, comme dans la discussion et les observations, les auteurs ont rappelé la nécessité de ne pas relâcher la vigilance à cet égard. En ce qui concerne la paralysie générale, les statistiques d'un service de l'hôpital psychiatrique de Clermont, qui reçoit les mauvais cas de la région parisienne, ne permettent pas de partager totalement le sentiment de la disparition de la syphilis cérébrale. Pour un service d'hommes de 400 lits, le pourcentage d'admissions pour paralysie générale était encore en 1956 de 2 %.

Cependant, nous ne croyons pas qu'il soit possible d'imputer à cet optimisme le retard de diagnostic apporté chez notre malade.

b) C'est bien plutôt, semble-t-il, les conditions économiques et sociales dans lesquelles vivait le couple qui en sont responsables. Leur aisance matérielle ne leur a pas permis de bénéficier des examens systématiques qui se sont multipliés depuis une dizaine d'années. De plus, lorsqu'en 1946, Mme Mal... entre en clinique, aucune mesure prophylactique n'est envisagée pour le mari ; la malade elle-même sort rapidement et le traitement est interrompu. Il en va de même lorsque M. Mal... entre à son tour en clinique. Au cours de ces dix années, la sœur du malade n'est informée à aucun moment de l'affection dont sont atteints les deux malades, aucun service social n'a été alerté.

Nous conclurons en rappelant les termes de la circulaire du ministre de la santé publique, en date du 2 septembre 1946 : « Je vous signale enfin tout particulièrement, comme l'avaient fait deux de mes prédécesseurs le 10 décembre 1936 et le 11 octobre 1945, l'intérêt social que présente la protection éventuelle des familles des malades qui entrent dans les hôpitaux psychiatriques pour paralysie générale. Les membres de ces familles peuvent être, en effet, et sont souvent contaminées par la syphilis, qui a provoqué la paralysie générale de l'intéressé. Il convient donc que les médecins des hôpitaux psychiatriques donnant leurs soins à un paralytique général préviennent les médecins directeurs de la santé du département dans lequel se trouve la famille dudit malade et lui signalent l'intérêt qui s'attache à ce qu'il envoie une assistante sociale au domicile de cette famille.

Il appartiendra à cette assistante, sous le contrôle de son chef de service, de faire le nécessaire en vue de l'expertise des membres de la famille en observant, bien entendu, toutes les précautions de rigueur en pareille matière. »

Sur un cas de simulation de maladies mentales,

par MM. Jean Morin et Yvon Le Borgne

Il nous a été donné d'observer un déséquilibré dont l'histoire pathologique est par plus d'un point pittoresque ou imprévue : on retrouve les notions classiques, toxicomanies, conduites anti-sociales intriquées avec des épisodes assez peu éclaircis de tentatives de suicide et de pseudo-fugues, mais le cas est surtout remarquable par la faculté du sujet de pouvoir simuler certaines maladies mentales, attitude qui lui a permis, à chaque délit, d'échapper à la détention qui aurait dû normalement le sanctionner.

Observation. — P... C... est un garçon de 29 ans, qui se dit « ouvrier spécialisé » mais qui apparaît davantage comme un habitué et un « spécialiste » des hôpitaux psychiatriques, dont il connaît à la perfection les formalités d'admission judiciaire et les divers modes de sortie.

Le *curriculum vitæ* est assez difficile à reconstituer, en raison d'une part de la diversité des renseignements au cours des multiples hospitalisations, d'autre part des réticences et des mensonges du sujet qui embellit, imagine, modifie pour se justifier et conserver le meilleur rôle.

L'enfance du sujet s'est passée, tout au moins au début, dans un milieu peu satisfaisant, auprès d'un père alcoolique et brutal, dans une promiscuité de moralité douteuse où la scolarité a suivi les fantaisies de son caractère et les nécessités de l'habitat. N'ayant pas obtenu le certificat d'études primaires, il est placé à 13 ans dans une pension de Noisy-le-Grand, mi-école d'apprentissage, mi-centre de redressement, où il présente des troubles importants du caractère et du comportement, avec bagarres fréquentes et bris d'objets, refus de la discipline, nécessitant son hospitalisation d'urgence à Sainte-Anne.

Alors qu'il vient d'avoir 15 ans, les parents sont déchus de la puissance paternelle et il est placé pour cinq ans dans un centre professionnel de Savigny-sur-Orge, dont le chef-jardinier est son tuteur légal. Il y apprend la mécanique.

En 1948, il est appelé à Epinal pour le service militaire. Après trois mois sans incident, il est muté à Lunéville, où il se retrouve en observation à l'hôpital pour des motifs assez peu éclaircis. Selon certains renseignements, il aurait absorbé deux tubes de gardénal ; selon ses propres déclarations, on lui aurait dit qu'il voulait se jeter par la fenêtre du 6e étage. En fait, il ne « sait pas très bien ce qui s'est passé », ou surtout, il ne veut pas le dire. Suivant une logique toute spéciale, l'armée le change de régiment et d'arme. Son livret mentionne son passage à Metz, puis à Nancy, où il est à nouveau hospitalisé au quartier psychiatrique de l'hôpital militaire. Réformé temporairement en 1949, il ne se présente pas à la Commission de réforme de 1950 ; rappelé en Allemagne du Nord, il « oublie » d'obtempérer et est déclaré insoumis ; recherché et retrouvé, il est, avec quelques difficultés, rayé de l'insoumission, affecté « provisoirement » au génie, puis réformé définitivement en 1951 « pour le cœur », au grand soulagement de l'armée, et à la non moins grande satisfaction de l'intéressé, qui reconnaît avec une ironique modestie « avoir fait tout ce qu'il fallait » pour arriver à ce résultat.

Libéré de ce service militaire de neuf mois, mouvementé et intermittent, il sillonne la France en tous sens, travaillant à tâche dans de multiples entreprises agricoles, de la Bretagne à la Meurthe-et-Moselle, des Deux-Sèvres à la région parisienne, de la Normandie à la Beauce : son instabilité professionnelle est en partie justifiée d'ailleurs par le caractère épisodique et saisonnier de ces travaux, où ses connaissances mécaniques lui ont souvent fait confier la conduite des tracteurs. Mais ses changements de places sont dus aussi, en majeure partie, aux hospitalisations successives.

En 1953, il dérobe à un camarade de Bougival une mobylette qu'il s'empresse de revendre, non seulement pour faire disparaître le corps du délit, mais surtout pour rembourser quelques dettes et payer le voyage qui lui permettra de changer rapidement de pays. Arrêté et écroué à la maison d'arrêt de Pontoise, il est secondairement expertisé en raison du comportement qu'il y adopte et des propos qu'il y tient.

L'expert conclut en ces termes : « P... C... présente un état de débilité et de déséquilibre psychique avec idéation puérile, rires niais, jugement déficitaire, crises convulsives anciennes post-traumatiques (trépanation), instabilité, accès d'apathie et d'inconscience... Il n'est pas un simulateur (21 janvier 1954). »

P... C... est interné dans un hôpital psychiatrique de Normandie, où il continue pendant quelque temps à « jouer le jeu ». Le certificat de 24 heures mentionne, le 7 février 1954 : « Est atteint de troubles mentaux. Inconscience de sa situation. Rires inadéquats. Troubles du cours de la pensée. Arriération ou dissociation mentale. A maintenir. »

A la quinzaine, il a déjà rectifié un peu son attitude et le diagnostic de « schizophrénie » envisagé s'estompe progressivement : « Débilité mentale. Troubles du jugement, incohérence ; agressivité. A maintenir sous forme de P.O. (21 février 1954). »

Réintégré après évasion (avril 1954), il travaille chez un médecin-chef de l'hôpital, où il donne entière satisfaction jusqu'à sa sortie en juillet. Les termes du certificat sont devenus : « Débilité mentale. Hypomanie. Est actuellement calme, peut être remis en liberté et renvoyé chez sa sœur, qui demande sa sortie. »

Il travaille d'abord chez sa sœur pendant quelques jours, puis dans une usine américaine de contre-plaqué (cinq mois) et il revient enfin dans la région parisienne « pour les betteraves »... En réalité, ses occupations agricoles sont de courte durée : quelques jours après son arrivée, il est pris sur le fait au moment où il dérobe à nouveau un vélo-moteur et une bicyclette. « J'étais très nerveux à ce moment-là, nous dit-il ; mon patron m'avait conseillé de me faire soigner les nerfs. » Pour ce deuxième larcin connu, il est arrêté, emprisonné, expertisé à nouveau et interné dans un hôpital psychiatrique de l'Ile-de-France. Les divers certificats rédigés pendant son séjour (six mois) mettent en évidence les variations de la présentation qu'il pouvait adopter en fonction des praticiens qui l'examinaient et confirment ses possibilités de comédien, donnant à la symptomatologie un aspect atypique, incertain et diffus.

Immédiat : « Paraît atteint de débilité mentale très profonde, avec arriération affective, instabilité, déterminations impulsives. Fugues, errances, voyages pathologiques. Allégation de vols de nécessité... (3 décembre 1954). »

Quinzaine : « Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose délirante aiguë, constituant probablement une poussée aiguë d'une évo-

lution schizophrénique. Sentiments d'hostilité. Préoccupations familiales à forme de complexes affectifs œdipiens. Vagabondage. Fugues et vols. Probabilité d'activité hallucinatoire. Anxiété paroxystique et malaise affectif profond. (17 décembre 1954). »

Situation aux fins de transformation du placement : « Est atteint d'une psychose délirante de structure paranoïde avec déséquilibre dysthymique, arriération surtout affective et déterminations impulsives... (11 mai 1955). »

Situation à la sortie : « A présenté une bouffée délirante de type paranoïde sur fond d'un état de déséquilibre affectif et dysthymique ancien. Episodes de discordance marquée. Plusieurs internements antérieurs. Excellente rémission actuelle sous l'influence du traitement. Retour du calme, d'une bonne auto-critique, d'une activité laborieuse... (4 juillet 1955). »

Il semble bien que le changement d'attitude considéré comme une amélioration par le traitement ait été dû en fait au caractère agressif de la thérapeutique, consistant en un électro-choc et quelques injections de cardiazol... Quoi qu'il en soit, son emploi ultérieur, jusqu'à sa sortie, dans un service médical de l'établissement, n'a donné lieu à aucun incident. L'un des médecins qui a eu l'occasion de l'observer quotidiennement de très près pendant tout son séjour et même après son départ, le décrit en ces termes : « C'est un garçon sympathique, digne d'intérêt, qui semble être surtout un déséquilibré et un instable, de niveau mental sensiblement normal. Son reclassement social paraît difficile... Il ne se comporte normalement que lorsqu'il bénéficie de mesures d'assistance et son cas est certainement d'ordre social autant que médical... (Pendant son séjour), il n'a pas manifesté de troubles mentaux caractérisés, et son comportement était normal. »

Après sa sortie, il reprend ses occupations mécaniques et agricoles habituelles, ne changeant que deux fois d'employeur en un an. En juin 1955, il est arrêté pour la troisième fois à Bougival pour vols et détention d'armes de la quatrième catégorie. Ecroué, il est presque aussitôt transféré dans un hôpital de la banlieue parisienne pour y être soigné dans un service de vénéréologie (blennorragie sans complications). Pendant son hospitalisation, il est expertisé en raison des internements antérieurs. Le rapport d'expertise, succinct, objective les difficultés rencontrées par l'expert, qui insiste sur l'attitude bizarre de l'inculpé, son abord méfiant et craintif, la lenteur et l'imprécision des réponses : « Il a manifestement du mal, écrit-il, à fixer son attention, et sa mémoire est infidèle. » Ensuite sont exposées les diverses étapes du *curriculum vitæ*. L'expert constate qu'à plusieurs reprises, au cours de l'examen, « il rit ou paraît attristé sans raisons apparentes », et il conclut en ces termes : « En résumé, P... est un aliéné qui a déjà été traité, en apparence sans succès, dans un hôpital psychiatrique, et qui est atteint d'anomalies mentales se rattachant à la schizophrénie. »

A la suite de cette expertise, P... C... est hospitalisé à Clermont, où l'examen pratiqué à l'entrée, avant réception du rapport de l'expert, permet d'établir le certificat de 24 heures suivant : « Bon contact ; pas de délire, ni de phénomènes psycho-sensoriels extériorisés. Léger relâchement de la pensée. Affectivité superficielle et perturbée. Mimique peu adaptée. Comportement paraissant bizarre. Regard étrange. Dissociation et difficultés familiales anciennes... A observer malgré la pauvreté de la symptomatologie, en raison surtout du chef d'inculpation. (27 août 1956). »

Dès le lendemain, il demande à travailler et l'observation des quinze premiers jours légitime un certificat ainsi rédigé : « Est atteint de déséquilibre psychique : instabilité et irritabilité. N'extériorise pas d'idées délirantes ni

de phénomènes psycho-sensoriels. Calme et docile depuis son entrée ; bonne adaptation aux tentatives d'ergothérapie. A maintenir provisoirement en observation. » Le contact quasi-permanent avec le sujet facilite beaucoup l'examen approfondi du fond psychologique, la mise en confiance progressive et l'aveu de la conduite de simulation qu'il a adoptée chaque fois qu'il s'est trouvé en difficulté avec les disciplines éthiques et sociales.

Malgré quelques mensonges ou contradictions dans le récit, malgré l'ébauche possible d'une fabulation compensatrice intermittente et d'un appoint mythomaniaque, le mécanisme de simulation est aussi aisément mis en évidence tout au long de ses conduites successives que le substratum fondamental de déséquilibre ; on ne retrouve aucun signe de comitialité (électro-encéphalogramme normal), ni de dissociation psychique, malgré un granulogramme de Benda pathologique. Il n'extériorise aucune idée délirante, aucun phénomène psycho-sensoriel, et il avoue bien complaisamment, avec démonstration à l'appui de ses affirmations, comment il peut se présenter, tantôt comme un halluciné, tantôt comme un oligophrène profond... Le niveau intellectuel n'est certes pas extraordinaire, mais il ne s'agit pas non plus d'un débile et le comportement à l'extérieur semble un peu en contradiction avec les possibilités intellectuelles : il est vrai que l'instabilité foncière et les changements fréquents d'employeur ne lui ont pas permis d'accéder aux situations auxquelles il aurait pu prétendre. Il existe un égocentrisme certain, un dédain en partie justifié du milieu social ou familial, et, sans qu'on puisse parler véritablement de puérilisme, l'exploration de la sphère affective révèle une immaturation importante. Mais surtout, il y a méconnaissance absolue de la notion des valeurs éthiques en rapport avec l'hérédité paternelle et l'enfance déroulée dans un milieu socio-affectif traumatisant et moralement déficient.

Le fonds de déséquilibre de la personnalité semble lui-même composé par la juxtaposition et l'intrication paradoxales de deux constitutions habituellement opposées chez l'individu normal, et non conciliables chez un même sujet. Par certains côtés, il se présente comme un schizoïde, dont il possède d'ailleurs la morpho-bio-typologie. Il est alors renfermé, taciturne, peu communicatif mais non véritablement déprimé ; il n'a pratiquement pas d'amis, recherchant plutôt la solitude, fuyant les distractions, et il n'a jamais réussi à constituer pendant la vie à l'extérieur un couple ou une union durable (vagues notions non vérifiées de proxénétisme). A d'autres moments, plus fréquents, il apparaît au contraire comme un cycloïde en phase d'hypomanie. Il existe une subexcitation psychomotrice s'accompagnant d'une coordination satisfaisaite de l'activité praxique malgré l'inattention, la fuite des idées et la loquacité. L'activité est brouillonne, mais efficace. Il est serviable, mais non servile ni visqueux. Cette hyperactivité d'allure hypomaniaque est avant tout constitutionnelle, mais elle est de toute évidence aggravée par des appétences toxicomaniaques mineures. Il avoue spontanément avoir pris, pour les travaux agricoles pénibles, tels que les labours de nuit fréquents dans la région, quelques excitants, en particulier des amphétamines à doses moyennes (5 à 8 comprimés) ; il nie par contre des excès alcooliques et de fait ne présente pas de signes d'imprégnation. Pendant son séjour à l'hôpital, où il bénéficia par son emploi d'une liberté relative, il a absorbé des quantités certainement importantes, quoique non vérifiées de façon exacte, de café ou de thé forts. L'intoxication tabagique reste par contre très secondaire. Un petit élément basedowien

fruste, avec éclat du regard, troubles vaso-moteurs, sueurs abondantes, semble intervenir de façon épisodique pour compléter la symptomatologie précédente. Il est irascible, susceptible, mais, dit-il, « je me maîtrise très vite ». Ces périodes de subexcitation ont été quelquefois, très rarement d'ailleurs, suivies de brèves périodes dépressives à mécanisme réactionnel légitimé à la fois par l'internement et par la difficulté d'adopter dans le milieu social une conduite définitivement productive et exempte de réactions médico-légales.

Sur ce fonds général d'instabilité foncière, l'examen n'a pas pu mettre en évidence un mécanisme obsessionnel véritable. S'il nous dit, à propos de ses changements de domicile et de ses migrations, « il y a des moments où c'est plus fort que soi ; on a envie de partir, même si on est bien », on ne retrouve pas l'existence d'un système pulsionnel avec lutte anxieuse dans la dynamique des délits successifs. Il s'est toujours agi de vols de nécessité, « soigneusement » préparés et calculés, et s'il a été pris une fois sur le fait, il ne pouvait guère invoquer pour sa défense l'existence d'un syndrome d'influence ou d'un état second !... Sa connaissance rudimentaire de la pathologie mentale ne lui permettait certes pas de telles subtilités, mais il devinait parfaitement (et l'expérience n'a fait que lui confirmer ses possibilités) dans quel sens une attitude fantaisiste, une mimique peu expressive, des paroles étranges et décousues feraient ultérieurement pencher les conclusions de l'expertise... (1).

De toute évidence, il ne s'agit pas, dans cette observation, de variations morbides en rapport avec la loi de « mutabilité des syndromes » bien mise en valeur et étudiée de nombreuses fois par Leconte. En fait, à part le déséquilibre psychique, aucun trouble mental vrai et caractérisé n'a pu être mis en évidence, d'où les hésitations et contradictions des observateurs induits en erreur par l'attitude même du sujet. Nous avons eu l'occasion d'examiner un autre « malade », inculpé d'exhibitionnisme, qui était un individu d'un niveau intellectuel très suffisant, lucide, non délirant et non halluciné, mais instable affectif et déséquilibré émotif ; les experts, bienveillants, avaient conclu à l'irresponsabilité devant ces « divers troubles en rapport avec une schizophrénie fruste ou une épilepsie larvée » ; l'observation, la contre-expertise, un électro-encéphalogramme normal ont justifié en réalité un internement de très courte durée et la reprise des poursuites judiciaires.

En dehors de l'aspect pittoresque du problème de diagnostic, une autre question délicate est soulevée dans cette observation : c'est celle de l'aveu, après l'admission en hôpital psychiatrique, de la simulation devant l'expert. MM. Frantz Adam et G. Deshaies ont bien étudié au congrès de Nice de 1955 les divers aspects possibles et les solutions à apporter. Là n'est pas le sujet de notre travail, où toute considération médico-légale proprement dite a été volontairement négligée.

(1) Nous rappellerons à ce sujet le cas, publié en 1928 par LAGRIFFE et SENGES d'un sujet ayant simulé des troubles mentaux pendant deux ans consécutifs et pour lequel les auteurs déclarent avoir été sur le point de ne pas poser le diagnostic malgré une observation minutieuse (*Annales médico-psychologiques*, mars 1928).

Les possibilités du déséquilibré psychique,
par MM. Jean Morin et Yvon Le Borgne

Introduction. — Les déséquilibrés ou personnalités psychopathiques sont, selon Trillat, des « sujets dont l'insertion sociale est précaire et qui se signalent par des troubles du comportement et une conduite fréquemment anti-sociale. Bien que ne présentant pas de troubles mentaux ni de déficit de l'intelligence, certains caractères cliniques ne permettent pas de les considérer comme des sujets normaux ». « Ils inspirent le mépris, la réprobation, la pitié ou la commisération. » Pour notre part, nous ne pouvons nous empêcher de les trouver également attachants, voire sympathiques, même si nous les savons des individus peu recommandables, susceptibles tôt ou tard de quelque vilenie. Quand on compare le contact que l'on peut avoir, à égalité de lucidité, avec un épileptique, un paranoïaque même non délirant, et un déséquilibré typique, il est hors de doute que la compagnie de ce dernier est de loin la plus agréable. Peut-être avons-nous pu, en définitive, placer la relation sur un plan quasi-amical, mais il nous semble que cette attitude doive nécessairement être intégrée dans le cadre de la psychothérapie si l'on veut espérer une récupération même partielle et une réadaptation possible du déséquilibré. C'est un groupe qui, a-t-on dit, se situe « aux frontières de la folie » (Ball). Tous les degrés peuvent évidemment se rencontrer, depuis le petit déséquilibré d'observation journalière, jusqu'au « dégénéré supérieur » de Magnan, dont les bizarreries de comportement et d'action entraînent un jour ou l'autre l'hospitalisation ; mais les limites du déséquilibre sont en fait très imprécises et les études multiples qui en ont été faites renferment trop de confusions et de contradictions pour que soit individualisé un noyau syndromique nettement structuré. Le problème est compliqué par le fait que le déséquilibre peut n'intéresser qu'une partie restreinte de la personnalité, ou même passer inaperçu. Bon nombre d'individus sont des déséquilibrés qui s'ignorent.

L'étude clinique du déséquilibré apparaît, dit encore Trillat, comme « une histoire faite essentiellement de troubles du caractère et de troubles de la conduite » et il est certain que, pour étudier un déséquilibré, le mieux est de suivre son évolution depuis l'enfance, dans le milieu familial, puis professionnel, ses rapports avec la société. Nous n'avons certes pas l'intention de revenir sur les descriptions antérieures, dont celles d'Arnaud, Dupré, Magnan et J. Borel sont, pour l'école française, les plus complètes et les plus détaillées. Il est habituel de rappeler l'instabilité psycho-motrice, la labilité émotionnelle, l'irrégularité professionnelle, les réactions anti-sociales, et l'on a coutume d'insister sur le fait qu'en définitive les capacités et l'activité efficace du déséquilibré sont fort réduites.

Le sujet de l'observation présentée est un déséquilibré qui donne au premier contact l'illusion de l'équilibre : pas de tentative de suicide, pas de fugue, pas de toxicomanies, instabilité professionnelle certes, mais largement justifiée par les événements concomitants ; pas de conduites anti-sociales et amorales, mais une certaine extravagance dans le comportement et la pensée. L'essentiel de l'observation réside dans une hostilité progressive, soigneusement entretenue, entre le sujet et sa famille, qui n'a pas trouvé d'autres solutions au conflit que des hospitalisations successives en établissements psychiatriques. C'est cette opposition croissante autant, sinon plus, que le déséquilibre lui-même, qui est la base des troubles rattachés à ce dernier.

Il nous a donc paru intéressant de présenter ce cas particulier, pour essayer d'analyser les divers facteurs sous-jacents au déséquilibre, intriqués avec lui, qui règlent en fait toute la conduite du sujet et déterminent du même coup l'attitude thérapeutique qu'il faut adopter.

Observation. — J... L... est un habitué des établissements psychiatriques, mais son histoire pathologique n'offre seulement que quelques points de comparaison avec l'observation précédente. Le milieu social, l'éducation diffèrent. Ici, pas de réactions médico-légales véritables, mais un comportement qui heurte vraiment trop les données conventionnelles du monde et du milieu professionnel pour être tolérable. A peine est-il un petit anarchiste éthéré dans un milieu bien pensant, un pavé inopportun dans la mare tranquille des préjugés ; c'est, psychiatriquement parlant, un déséquilibré utopiste indéniable voué, malgré ses protestations, aux internements successifs et aux échecs de toutes les entreprises vitales.

C'est un sujet de 39 ans, né d'un père courtier en vins « alcoolique et affaibli », et d'une mère descendant de la vieille noblesse régionale dont elle a conservé la fortune et l'autoritarisme traditionnel. L'enfance se passe sans incident appréciable, dans une ambiance de moralité stricte où aucune dérogation n'est permise à l'ordre préétabli des choses et des principes ; l'éducation y est partagée équitablement entre la mère, l'école locale et le confesseur de la famille.

A 14 ans, il subit un premier traumatisme affectif grave en apprenant qu'il est atteint d'une cardiopathie congénitale qui lui interdit tout effort physique violent et l'oblige à se détourner de la carrière militaire et de l'entrée à Saint-Cyr.

Après des études secondaires et supérieures normales, il se retrouve, en octobre 1939, licencié en droit et diplômé de l'école des sciences politiques. Ayant vainement essayé de s'engager, il s'inscrit pour le doctorat en droit, mais il ne tarde pas à délaisser ses études pour s'occuper de nombreuses organisations para-universitaires. Il crée dans sa ville natale l'œuvre de l'étudiant aux armées, fonde un restaurant universitaire, devient secrétaire puis président de l'association générale des étudiants, participe à diverses œuvres ou comités, organise enfin l'aide aux étudiants repliés puis aux étudiants prisonniers.

A la même époque, il connaît un deuxième choc affectif important. Il fait en effet la connaissance d'une jeune étudiante, avec laquelle il envisage de se marier, mais « la condition d'enfant adoptée » de cette dernière, et son appartenance à la religion réformée déclenchent l'hostilité des parents et

entraînent, selon ses propres paroles, « des objections carcérales par l'excessif de leurs arguments ». Après divers épisodes dépressifs, avec malaises multiples à mécanisme psycho-somatique, atteignant successivement la jeune fille et lui-même (deux séjours de courte durée en maison de santé), puis sa mère, tout se termine par la rupture. Un violent coup de pied de cheval à la tête reçu entre temps semble avoir sensiblement aggravé chez lui ces dispositions « psychopathiques ». C'est à ce moment-là que, selon ses dires, s'est produite une « faille dans les rapports avec ses parents, un déséquilibre, une insatisfaction vitale ».

De 1941 à 1946, il s'occupe du contrôle policier des activités non conformistes puis de la surveillance des municipalités, devient délégué régional du ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse, et après s'être retiré quelque temps à la campagne, est nommé pour quelques mois secrétaire général du comité des houillères.

En 1946, malgré des difficultés financières croissantes, et l'opposition des parents qui refusent d'assister à la cérémonie, il se marie en Provence, selon le rite réformé. Le couple s'installe à Paris, puis à Nîmes, où il s'inscrit au Barreau et commence à exercer la profession d'avocat. Trois enfants naissent. Son union tient tant bien que mal jusqu'en 1952, mais se termine par le divorce, progressivement motivé par l'hostilité sourde des parents, les ennuis financiers, la clientèle réduite, le logement insuffisant, les discussions de plus en plus fréquentes. Pendant et après la procédure de séparation, J... L... connaît deux épisodes « d'excitation intellectuelle atypique avec manifestations hypocondriaques », nécessitant une hospitalisation de quelques mois en clinique privée. Le médecin de cette clinique déclare à son sujet : « Il a toujours été bizarre, subexcité, grandiloquent, prétentieux, attiré par les systèmes philosophiques désinsérés, par la poésie... » A la même époque, il profite de ses loisirs plus ou moins forcés, en effet, pour écrire quelques poèmes, qui ne sont d'ailleurs pas totalement dénués d'intérêt. Se penchant, superficiellement il est vrai, sur les problèmes socio-économiques contemporains liés aux progrès du machinisme et aux dangers de l'automation, « sur le drame du prolétariat urbain », il commence à jeter sur le papier quelques notes qui ne seront vraisemblablement jamais groupées en un volume, bien que le titre, pour le moins original mais significatif, ait déjà été trouvé : « La saucisse humaine ». Ses opinions sur le problème, les solutions qu'il apporte sont incontestablement des élucubrations utopiques et inefficaces, mais on ne peut pas affirmer qu'elles soient délirantes, à moins de considérer comme psychopathes tous les partisans de l'économie distributive. Son amour pour Gandhi, les sages hindous, et ses principes d'amélioration de l'humanité par la non-violence, le retour aux sources vives de la nature, la sélection alimentaire et le végétarisme, la relaxation et le yogisme, sont autant de théories louables en elles-mêmes, mais difficilement codifiables et applicables. Là encore, on ne peut cependant parler de délire véritable, sans risquer de heurter la susceptibilité d'un grand nombre d'adeptes. L'erreur de J... L..., due à une déficience du jugement dans l'appréciation des valeurs et des rapports sociaux, a surtout été son désir de faire du prosélytisme, au lieu d'appliquer pour lui seul ses principes de purification. Sa tentative ridicule au moment des élections cantonales de 1954, où il se présentait comme candidat « libre », pour convertir les braves paysans locaux au confucianisme et au Kamasutra, avec démonstrations posturales à l'appui, s'est soldée par un échec extrêmement douloureux pour lui.

Sa recherche intempestive et publique d'une « souplesse de comportement par les postures » n'a pas été du tout appréciée par la famille, dont la bonne réputation et l'orthodoxie des principes étaient sérieusement menacées. « L'hyperactivité désordonnée, avec prétentions politiques, altruisme désadapté » ont entraîné rapidement un nouveau placement de deux mois à l'hôpital psychiatrique. Un traitement par chlorpromazine injectable est entrepris mais doit être abandonné presque immédiatement en raison de troubles hypotensifs graves.

A sa sortie, il recommence épisodiquement sa profession d'avocat, reçoit chez lui, au grand scandale des siens, des « clients » issus des milieux les plus douteux, et les fait déjeuner avec lui, « en famille ». La situation devient telle que, sous la pression de ses parents, le Conseil de l'Ordre le contraint de cesser ses fonctions et de donner sa démission du Barreau. Il a pendant quelque temps un emploi subalterne d'attaché au Parquet, puis il renonce à toute activité juridique, pour se retirer à la campagne, dans la propriété familiale (décembre 1955). La mésentente avec les parents s'exacerbe à l'occasion de heurts minimes, où les problèmes d'intérêt constituent le principal leit-motiv. Depuis qu'il ne travaille plus, il ne reçoit d'ailleurs qu'une somme dérisoire de ses parents qui, selon les rapports de l'enquête sociale, lui font « en toute occasion une réputation déplorable, lui supprimant ainsi toute possibilité de reprise du travail et de réadaptation ». Un incident futile au cours d'une discussion plus animée, un échange de gifles, ont été les prétextes tout trouvés pour provoquer l'internement actuel (août 1956). Sujet lucide, à fond caractériel paranoïaque, fort de ses connaissances juridiques précises et irréfutables, il passe son temps, depuis plusieurs mois, à solliciter sa sortie, verbalement ou par écrit, auprès des diverses autorités légales dont il est devenu « la bête noire ». La difficulté réside dans le fait que tous reconnaissent le bien-fondé de ses réclamations, tout en ne désapprouvant pas totalement son hospitalisation, qui n'est « ni tout à fait inutile, ni tout à fait indispensable », selon le mot de l'un des observateurs. Le vrai problème n'est d'ailleurs pas tant dans le placement lui-même, qu'il soit justifié ou non, que dans le devenir et les possibilités du sujet après sa sortie. Selon toute vraisemblance, les mêmes oppositions renaîtront s'il reprend contact avec sa famille, et le moindre incident, amplifié aux dimensions d'un drame, sera le motif tout trouvé pour provoquer un nouveau placement (1).

Ainsi a été présentée, le plus succinctement possible, malgré l'abondance des détails et la richesse du *curriculum vitæ*, une observation-type de déséquilibre psychique à retentissement sur l'activité et la conduite sociale. Depuis le début de l'internement actuel, aucun trouble mental vrai n'a pu être mis en évidence et les divers certificats rédigés insistent sur « la conservation de capacités intellectuelles brillantes, avec mémoire, imagination, association des idées, dialectique remarquables ». Seul le jugement est déficient, dans le sens d'une difficulté d'adaptation aux contingences sociales, ayant entraîné l'échec de plusieurs tentatives de travail régulier et provoqué, dans le milieu

(1) D'autant plus qu'à la demande du père est actuellement engagée contre lui une procédure d'interdiction, mesure qui ne peut être qu'un facteur d'aggravation du déséquilibre et une source de difficultés supplémentaires pour la réadaptation sociale.

familial et socio-professionnel, des fantaisies et excentricités du comportement peu conciliables avec les disciplines établies. La composante thymique, malgré l'instabilité de l'humeur, est le plus fréquemment de teinte hypomaniaque, et l'on décèle souvent, à la base de la conduite, une activité de jeu dictée par un désir plus ou moins conscient d'opposition aux principes établis, trop orthodoxes et trop rigides. L'éducation déprimante pendant l'enfance, les échecs sentimentaux, les difficultés professionnelles, l'hostilité croissante de la famille, sont autant de facteurs qui ont entretenu et aggravé le déséquilibre constitutionnel et créé secondairement la recherche d'une compensation à tout prix à cette « insatisfaction vitale ». Comme le sujet le dit lui-même, il a perpétuellement subi le contre-coup d'un « concours malheureux de circonstances ». Il est venu trop tard dans un monde, et surtout un milieu, qui ne sont plus faits pour lui, qui ne tolèrent pas qu'un individu puisse être livré au seul gré de sa fantaisie, à plus forte raison s'il possède un niveau intellectuel supérieur lui permettant de faire face aux difficultés vitales. Il est fort probable que si les parents s'étaient montrés à la fois plus compréhensifs et plus généreux, comme ils en avaient la possibilité, les résultats auraient été à tous points de vue beaucoup plus satisfaisants. La solution de l'internement apporte à la famille l'illusion précaire de la tranquillité, mais elle n'est pas médicalement défendable. Il est certain que, dans l'état actuel de la législation, le problème posé par ces déséquilibrés reste très difficile à résoudre, mais l'internement devrait être strictement uniquement réservé aux cas où il existe des perturbations graves de l'ordre établi, voire de la sécurité des personnes, et un comportement dépassant le stade de l'originalité et de la simple excentricité.

Sur un plan plus médical, dans le cas particulier de notre malade, il est vraisemblable que la cardiopathie congénitale, dont on ne peut logiquement lui faire grief, joue un rôle très important dans la genèse du déséquilibre. Bien que l'unanimité des avis spécialisés n'ait pas été faite sur le diagnostic exact, les uns parlant de maladie de Roger, les autres de triade de Fallot, la cardiopathie est indéniable : dyspnée d'effort, hippocratisme digital, souffle systolique important, modifications électriques. Les travaux de d'Astros, Laubry, Levinson entre autres, groupés et étudiés par Roger dans une récente publication, ont bien mis en évidence la corrélation constante des troubles cardio-vasculaires et neuro-psychiques. « Laubry a insisté sur le déséquilibre nerveux des aortiques artériels, sur la sensibilité exagérée des mitraux, repliés sur eux-mêmes, ménagers de tout effort mental comme de tout effort physique. Il en est de même des cardiaques par cardiopathies congénitales. » Ces troubles psychiques sont en rapport à la fois avec l'insuffisance hépatique ou rénale, la stase veineuse, l'insuffisance cardiaque, un élément basedowien surajouté fréquent (se traduisant chez J... L... par une exophtalmie importante). « Des facteurs exogènes toxiques ou purement psychiques (chocs affectifs), des fac-

teurs endogènes (hérédité, constitution morbide) », colorent et conditionnent la symptomatologie. Stühl, Mlle Cloche et Kartis ont étudié de leur côté les modifications électro-encéphalographiques en rapport avec l'insuffisance cardiaque, mais nous n'avons retrouvé chez notre sujet aucune anomalie du tracé.

Du point de vue de la thérapeutique, toute la conduite peut être dictée par ces diverses considérations. A part une cure de Sakel en 1952, les divers traitements subis ont été constitués, en majeure partie, par des sédatifs banaux qui ont suffi à la guérison. Il n'est soumis, depuis sa dernière admission, qu'à une thérapeutique tonicardiaque et vasculaire, qui, à elle seule, a rétabli une stabilité thymique satisfaisante.

En résumé, il s'agit donc d'un sujet qui a été brillant, qui a su organiser diverses entreprises, qui a occupé des emplois réclamant un certain nombre de qualités et qui, depuis quelques années, fait des séjours de plus en plus fréquents et prolongés en établissement psychiatrique, sans présenter de troubles mentaux véritables. Même au sein du milieu hospitalier, il a pu conserver une activité rudimentaire, soit lecture d'ouvrages juridiques, soit rédaction du journal du service. Malgré ses protestations contre le placement, il a su, dans une certaine mesure, s'adapter et s'organiser pour participer le plus possible à la vie collective et réduire l'effet de son isolement familial (pas de visites et pas de lettres de sa famille, exception faite de son ex-femme et de ses enfants). Ses échecs sociaux et professionnels ont été partiellement compensés par des essais poétiques ou littéraires comme chez tout déséquilibré supérieur. Il n'a jamais été dans nos intentions d'en faire un déséquilibré de génie, mais s'il avait disposé de ressources financières suffisantes, il est plausible de penser qu'il aurait eu une activité beaucoup plus efficace. Il apparaît donc ainsi, à propos de ce cas, que le déséquilibré ne possède de grandes possibilités d'action et d'adaptation que s'il peut bénéficier d'un soutien constant, d'un encouragement, d'une approbation même tacite de ses tentatives, d'une assistance et d'une protection bienveillantes. Ce n'est malheureusement pas le cas le plus fréquent. L'opposition, l'incompréhension auxquelles ils se heurtent au contraire le plus souvent, bouleversent l'aspect constructif du déséquilibre et font exploser les créations compensatrices en une multitude de noyaux éparpillés et insignifiants. Ce n'est pas le déséquilibre lui-même qui provoque cet éparpillement, mais le choc du potentiel dynamique qui lui est propre, contre la résistance des principes établis. Et même dans ce cas, en dépit de cette désagrégation apparente des possibilités, est-il encore possible de voir survivre et persister quelques œuvres intéressantes où s'extériorisent les élans profonds d'une personnalité qui lutte contre son anéantissement. Si le sursaut du déséquilibré contre une réalité d'échec et d'insatisfaction n'aboutit pas à une solution compensatrice normale qui soit approuvée comme seule possible par le monde extérieur, il ne lui reste alors pas d'autre refuge que celui d'une névrose ou d'un délire.

La luxation postérieure de l'épaule. Complication de l'électrochoc, par MM. V. BERTRAND, J. GAILLARD et A.-M. MEDEVIELLE.

Si la luxation antéro-interne de l'épaule, accident bien connu de l'électro-choc, est d'un diagnostic aisé et n'offre pour nous d'autre intérêt que des considérations sur sa fréquence statistique ou sa prophylaxie, il n'en est pas de même de la luxation postérieure qui, par sa pauvreté symptomatique, risque de passer inaperçue.

Deux cas récents de cette complication de la sismothérapie observés dans notre service nous incitent à nous demander si elle ne serait pas en fait relativement fréquente, expliquant certaines algies de l'épaule suivies parfois d'ankylose trop facilement qualifiées d'arthrite ou de périarthrite scapulo-humérale.

La luxation postérieure de l'épaule est connue en pathologie chirurgicale. C'est une forme clinique assez rare, 0,5 à 3,8 % pour l'ensemble des luxations de cette région selon les auteurs. On explique son mécanisme, soit par un choc direct d'avant en arrière sur le moignon, soit par une adduction forcée du membre supérieur en rotation interne, mouvement assez exceptionnel observé surtout en traumatologie sportive : football, ski par exemple, mais qui correspond justement à la phase tonique de la crise convulsive électrique. Ce détail n'a pas échappé aux chirurgiens, qui font allusion à cette complication de l'électro-choc alors qu'à notre connaissance elle n'est pas signalée dans les ouvrages de psychiatrie.

Classiquement, on décrit deux variétés de luxations postérieures de l'épaule. La tête humérale glisse sur la surface glénoïdienne et déchire la partie postérieure de la capsule. Habituellement, la tête est retenue par les solides fibres capsulaires antérieures et son bord antérieur s'engrène sur le bord postérieur du bourrelet glénoïdien. C'est la variété sous-acromiale. Quant à la deuxième variété sous-épineuse, elle est beaucoup plus rare, nécessitant un traumatisme considérable.

Ce sont deux luxations sous-acromiales que nous avons observées.

Le tableau clinique de ces luxations sous-acromiales est beaucoup moins parlant que celui des luxations antéro-internes. Il ne faut pas s'attendre à trouver le signe classique de l'épaulette, le moignon gardant son arrondi. On se basera sur des signes de suspicion. Douleur, impotence fonctionnelle plus ou moins marquée, position du bras en adduction et rotation interne, l'épitrochlée orientée vers l'arrière, limitation et douleur des mouvements provoqués. A la palpation, on pourra mettre en évidence une dépression sous-acromiale. Ce sera donc surtout à l'examen radiologique que le diagnostic pourra être fermement établi ; là encore, un examen superficiel n'est pas exempt d'erreurs et nous retiendrons cette phrase de l'Encyclopédie médico-chirurgicale : « La radiographie antéro-postérieure ne fait qu'égarer

le diagnostic, car elle ne décèle pas la lésion. » Il y aurait donc intérêt à tirer des radios de profil, le rayon étant parallèle à l'épine de l'omoplate, ce qui est assez délicat à réaliser.

Les radios que nous présentons nous semblent malgré tout assez significatives. On y constate une rotation interne « fixée » avec disparition de l'image habituelle de la tête, ainsi qu'une superposition du bord antérieur de la gêne visible en dedans de la tête. La radio, après réduction, fait nettement apparaître la différence. Cette réduction s'est avérée facile à effectuer. Elle fut pratiquée sous anesthésie par voie intraveineuse. Il suffit d'augmenter doucement l'adduction et de refouler en même temps la tête vers l'avant. On perçoit le claquement caractéristique et les mouvements d'abduction et de rotation externe redeviennent libres.

Après avoir maintenu le bras quelques jours dans une écharpe de Mayor, la mobilisation active sera facilement récupérée.

En conclusion, nous pensons utile d'avoir attiré l'attention sur cette complication non exceptionnelle de la sismothérapie.

Devant toute souffrance de l'épaule après électro-chocs, il convient de ne pas se contenter d'éliminer le diagnostic de luxation sous prétexte qu'on ne décèle pas les signes grossiers de la luxation antéro-interne.

La luxation postérieure de l'épaule doit toujours être présente à l'esprit ; il se peut qu'elle soit bien souvent méconnue et qu'elle conditionne certaines séquelles douloureuses et trophiques dont le mécanisme n'apparaît pas clairement.

*
**

Élection de trois membres correspondants nationaux

Après audition d'un rapport de M. G. Teulié, au nom d'une commission composée de MM. Follin, Sivadon et Teulié, rapporteur, M. le Dr J. de Verbizier est élu *membre correspondant national*, par 16 voix sur 16 votants.

Après audition d'un rapport de M. G. Teulié, au nom d'une commission composée de MM. Follin, Daumézon et Teulié, rapporteur, M. le Dr C. Balier est élu *membre correspondant national*, par 16 voix sur 16 votants.

Après audition d'un rapport de M. H. Mignot, au nom d'une commission composée de MM. Paul Abély, Bergeron et Mignot, rapporteur, M. le Dr Heyward est élu *membre correspondant national*, par 16 voix sur 16 votants.

La séance est levée à 18 heures 40.

Le secrétaire des séances :

G. Teulié.

SOCIÉTÉS

Société française de neurologie

Séance du 8 novembre 1956

Névrite du spinal gauche consécutive à un phlegmon sous-parotidien. Du rôle du trapèze dans la suspension de l'épaule, par M. F. Isch.

Rareté des cas de névrite spinale. A noter dans le cas actuel l'importance des douleurs cervico-brachiales ayant une origine radiculaire et l'impotence des mouvements du bras liée à l'atteinte du trapèze. La paralysie de ce muscle entraîne l'abaissement du moignon de l'épaule.

Le problème des lésions épileptogènes paratumorales du lobe temporal, par MM. J. Guillaume et G. Mazars

Il s'agit d'infiltrations gliomateuses qui ne sont pas identifiables histologiquement comme des tumeurs. La présence de telles lésions gliomateuses paratumorales soulève le problème de leur transformation possible en astrocytomes.

Étude clinique et électro-encéphalographique d'un cas d'épilepsie provoquée électivement par la lecture, par MM. J.-A. Chavany, H. Fischgold, R. Messimy et Mme Arfel-Capdevielle.

Sujet âgé de 30 ans, épileptique depuis l'âge de dix mois. Depuis l'âge de huit ans, les crises épileptiques sont déclenchées électivement par la lecture. Quand il prévoit une crise, il s'allonge et se met à lire. Le rôle de l'attention paraît important. La crise survient quelques secondes ou minutes après. Une ventriculographie a montré une atrophie atteignant la région sous-occipitale gauche. Le tracé électro-encéphalographique est surtout caractérisé par la faible amplitude du rythme occipital. La lumière intermittente ne provoque, au niveau des régions occipitales, qu'une réponse rythmique banale.

Paraplégie spasmodique aiguë guérissable (leucomyélitis réversible), par M. L. Barraquer-Ferré

L'intérêt de la présente communication, basée sur deux observations, est constitué par la pathogénie virale probable, par la guérison de la paralysie spastique sévère, par la récupération totale avec normalisation des réflexes profonds et par la disparition du réflexe cutané plantaire en extension.

Sur un cas de syphilis congénitale à manifestations neurologiques et endocriniennes multiples, par M. R. Chateau

Chez le malade atteint de syphilis congénitale, on note une méningite subaiguë, une atrophie optique bilatérale, des crises comitiales, des crises narcoleptiques et un grand syndrome endocrinien qui s'est amélioré progressivement sous l'influence du traitement spécifique.

Dermatomyosite et cancer secondaire du foie, par MM. P. Rimbaud et P. Passouant

Observation d'un homme de 54 ans, chez lequel on constate la coexistence d'une dermatomyosite et d'un cancer du foie secondaire à un cancer digestif cliniquement latent. Elle vient à l'appui d'une relation entre un néoplasme et des affections neuro-musculaires telles que myosites, myasthénies et certaines myopathies.

A propos d'un cholestéatome intra-rachidien lombaire, par MM. I. Bertrand, J. Guillaume et M. Samson

Apparition d'un cholestéatome intrarachidien quelques années après des ponctions lombaires répétées. Il s'agit d'un kyste épidermoïde découvert chez un garçon de 8 ans ayant subi 17 injections intra-rachidiennes de pénicilline à l'âge de 13 mois pour une méningite à pneumocoques.

Anévrismes multiples de la carotide interne dans son segment extra-cranien et dans son segment endocranien, par MM. J. Duplay, R. Coromine et P. Cossa.

Une artériographie carotidienne droite chez une femme présentant à droite un ptosis avec strabisme interne décèle trois anévrismes, deux sur le trajet extracranien de la carotide et le troisième sur le segment intraclinoïdien. Une artériographie carotidienne gauche permet de faire la preuve que toute la circulation encéphalique se fait par cette carotide. Une intervention consistant en une ligature initiale de la carotide primitive droite, puis une double ligature de la carotide interne droite n'est suivie d'aucun incident.

Neurinome géant de la moelle s'étendant de C. 6 à D. 12, par M. J.-B. Tavernier

Chez une femme de 20 ans, syndrome de compression médullaire d'évolution rapide, consistant en une paraplégie des membres inférieurs avec troubles sensitifs remontant jusqu'à D. 7. Quatre interventions sont nécessaires pour l'ablation du neurinome géant.

Infiltrat labile encéphalo-pneumo-ganglionnaire avec éosinophilie sanguine et lambliase, par MM. J. Graux et Milbled

Chez un enfant de 6 ans survient une première crise d'épilepsie. L'électro-encéphalographie décèle un important foyer de souffrance postérieur droit ; une radiographie pulmonaire révèle une opacité confluente du lobe moyen droit et un aspect de miliaire atypique du poumon gauche. Une tuméfaction des ganglions prétragiens est observée. Un examen hématologique décèle 19 % d'éosinophiles parmi les leucocytes. Présence dans les selles de kystes de *Giordia intestinalis*. Traitement par streptomycine, rimifon, terramycine. Guérison complète très rapide.

Un cas de myorythmie vélo-palato-laryngée succédant à un grave traumatisme cranien fermé, par MM. Th. Alajouanine, P. Castaigne, F. Lhermitte, Lebourge et Faure.

Le syndrome myorythmique, plus net au niveau du voile et des piliers, se complique d'une paralysie faciale périphérique gauche, de dysarthrie, d'un syndrome bradykinétique, d'un syndrome cérébelleux droit, de signes oculo-moteurs. Le malade avait été victime d'un traumatisme cranien avec fractures de la voûte, du rocher gauche. Discussion sur la localisation des lésions, vraisemblablement au niveau du tronc cérébral.

L. Marchand.

Groupement français d'études de neuro-psycho-pathologie infantile

Séance du 18 mars 1957

Présidence : Mme BOREL-MAISONNY, présidente

Délire de rêverie et activité de dessin,
par MM. G. Heuyer, G. Lelord et Mme C. Testard

Les auteurs présentent trois observations de délire de rêverie où les thèmes ont une allure particulièrement macabre et où l'activité de dessin prend un caractère spécialement intense. Ils insistent sur les signes qui permettent le diagnostic de délire de rêverie chez ces enfants et en particulier sur l'impossibilité où ils se trouvaient de sortir de cette activité. A ce propos, ils évoquent le diagnostic de l'arriération évolutive qu'ils éliminent. Ils estiment qu'il s'agit d'états schizophréniques.

Discussion

M. Michaux. — On peut se demander si ces activités de dessin ont été spontanées ou suggérées. De même, il est toujours difficile de distinguer entre l'activité de rêverie ou le délire de rêverie, et l'on peut voir osciller l'enfant d'un état à l'autre. Il serait intéressant de savoir si le dessin ne peut pas permettre de déceler le moment où l'enfant passe de la rêverie simple au délire de rêverie.

M. Cl. Launay reprend la notion d'arriération évolutive, dont il fait un syndrome spécifique, différent à la fois de la schizophrénie et de l'oligophrénie. Il discute la notion d'évolutivité.

M. Michaux reprend la notion d'arriération évolutive : il la distingue de la démence précoce constitutionnelle de Régis, avec laquelle elle a pourtant de grands rapports.

Études électro-encéphalographiques d'enfants inadaptés soumis à la stimulation filmique, par MM. G. Heuyer, G. Lelord et G. Cohen-Seat.

Les auteurs étudient l'électro-encéphalogramme de cinquante adultes normaux mis en présence de films spécialement conçus en vue de l'expérience. Ce groupe a été réuni pour le comparer à celui des enfants inadaptés qui étaient étudiés en même temps :

1° ils constatent chez 23 sujets l'existence d'une corrélation chronologique très étroite entre certains temps filmiques et les réactions observées au niveau de l'électro-encéphalogramme ;

2° chez certains sujets, ces corrélations se manifestent exclusivement au moment des mouvements humains. Dans la plupart des cas, elles surviennent moins électivement lors de mouvements divers (mouvements d'objets par exemple) ou de mouvements du film ;

3° les grapho-éléments observés sont d'aspect très banal (il s'agit de l'apparition et de la disparition du rythme de base du sujet), mais leurs caractères sont très particuliers : déclenchement au moment du plan significatif, localisation antérieure extrêmement nette sur certains tracés.

Discussion

M. Michaux demande si l'on a spécialement étudié les modifications chez des enfants épileptiques.

M. Lelord répond que cela n'a été fait que dans un cas.

M. Koupernik fait le reproche général à cette recherche de manquer de rigueur dans la comparaison entre les sujets-témoins et les enfants inadaptés. En effet, il trouve qu'il y a toujours une grande difficulté à comparer les électro-encéphalogrammes de l'enfant et de l'adulte.

M. Cl. Launay suggère que la division des sujets qui réagissent et qui ne

réagissent pas à la stimulation filmique rappelle la grande typologie qui oppose les syntones et les schizoïdes. Il demande si l'on a comparé les résultats de la stimulation filmique à la stimulation éventuelle par la lecture.

Anarthrie pure avec intégrité intellectuelle, syndrome pyramidal et athétose bilatéraux ; séquelles d'une encéphalite du premier âge, par MM. L. Michaux, D. Duché et D. Gravelot.

Les auteurs décrivent cette observation d'encéphalopathie avec triplégie, et en particulier monoplégie brachiale droite, avec mouvement athétosique. Il existe une paralysie des muscles labio-glosso-laryngés. La parole est impossible : elle se borne à quelques sons vagues, qui s'expriment à travers une mimique relativement claire. L'enfant, âgé de 8 ans, avait une bonne compréhension ; elle était capable d'écrire son nom et pouvait assez bien copier l'écriture. Son niveau mental est à peu près normal (7 ans pour 8 ans d'âge réel). L'électro-encéphalogramme était sans particularité. A l'encéphalographie gazeuse, il existait une dilatation ventriculaire globale. L'enfant désirait marcher, par contre elle ne manifestait pas d'intérêt pour la rééducation de la parole et ne désirait en fait pas parler. Les auteurs discutent le diagnostic entre la part motrice, athétosique, praxique de cette anarthrie.

Discussion

M. Tournay souligne le caractère rare de cette observation. Il pense qu'il s'agit d'un blocage de l'articulation plus que d'une atteinte cérébrale à l'origine de l'impossibilité de parler.

Mme Borel-Maisonny souligne que cette enfant comprend le langage et qu'il s'agit donc dans cette observation d'un trouble mécanique. Une certaine rééducation est possible, soit par la méthode de conditionnement, soit par le mécanisme de la lecture — ou du moins de la reconnaissance des mots — avec conditionnement par les gestes.

M. Brissot montre qu'il ne s'agit pas d'une aphasie, mais d'une anarthrie. Il rappelle les observations classiques qui peuvent se comparer à celle qui vient d'être présentée.

M. Cl. Launay souligne qu'il est difficile de comparer une observation d'aphasie infantile avec les observations de l'adulte.

M. Cl. Launay montre l'importance de la paralysie réelle des mouvements linguaux dont il fait l'étiologie fondamentale.

M. Koupernik, rappelant que l'aphasie de l'enfant est très particulière, signale qu'il faut tenir compte de la dysharmonie du développement dans les pseudo-aphasies congénitales de l'enfant.

S. Lebovici.

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 23 février 1957

Présidence : M. E. BRUYNINCKX, président

La réorganisation des établissements psychiatriques,

par M. E. Bruyninckx (discours présidentiel)

En sa qualité d'inspecteur général des établissements psychiatriques du Royaume, l'orateur expose ses vues sur ce que doit devenir l'établissement psychiatrique de demain. Il rappelle brièvement les énormes progrès thérapeutiques réalisés depuis le début du siècle et montre les problèmes nouveaux qui se posent. Il s'étend particulièrement sur l'allongement de la durée moyenne de la vie humaine et sur les soins à donner aux vieillards atteints d'encéphalopathie vasculaire ou sénile.

L'établissement de l'avenir devrait être un double hôpital, dont l'un serait réservé aux cas curables ; les deux établissements devraient être voisins et soumis à la même direction, ceci pour éviter que l'établissement pour chroniques soit considéré comme inférieur.

Il faudra réaliser aussi ce que les Anglais appellent l'hôpital sans lits : les malades y suivent le matin des traitements psychothérapiques, l'après-midi une thérapeutique par le travail. Après huit heures de présence, ils rentrent chez eux.

L'orateur envisage ensuite le problème de la collaboration entre psychiatres, psychologues et autres spécialistes ainsi que celui de la formation du personnel para-médical dans le cadre de la réforme du nursing.

Il termine en souhaitant que les dispositions légales et administratives relatives au traitement des malades mentaux soient suffisamment souples pour permettre la mise en pratique de toute méthode réalisant un progrès.

Du « paramorphisme » au « néomorphisme ». Symbolisme et métamorphose du poisson dans l'œuvre picturale d'un schizophrène,

par M. J. Bobon.

L'auteur a été amené, par ses études antérieures, sur le langage pathologique parlé et écrit, à étudier l'expression plastique, par le dessin ou la peinture. Celle-ci constitue aussi une modalité de langage.

A propos d'un cas particulièrement riche au point de vue clinique, étudié dans le service du professeur agrégé Baruk à Paris, il s'attache à démontrer que la production picturale du malade, en apparence hétérogène et inintel-

ligible, offre des formes et des formes-couleur privilégiées fixes dans leur structure fondamentale et leur valeur d'expression, signifiantes pour qui en possède la clé.

L'auteur illustre son exposé de diapositives qui montrent certaines de ces formes, identifiables comme telles mais chargées en réalité par le patient d'un réseau de significations singulières, des paralogismes du langage parlé : d'autres formes, en soi tout à fait neuves, des néologismes du langage parlé. Autrement dit, aux paralogismes et aux néologismes du monde des mots correspondent, selon lui, les « paramorphismes » et les « néomorphismes » du monde des formes.

Le cas présenté, à partir des interprétations du malade lui-même, tend à illustrer cette thèse. C'est par le truchement de ces formes privilégiées que l'auteur pénètre dans l'univers morbide d'un peintre schizophrène.

J. Ley.

Groupement belge d'études oto-neuro-ophtalmologiques et neuro-chirurgicales

Séance du 23 février 1957

Présidence : M. L. CHRISTOPHE

Lipome et agénésie du corps calleux, par M. F. Van Orshoven

Etude clinique, électro-encéphalographique et radiologique (radiographie simple, pneumo-encéphalographie et artériographie) et histologique d'un lipome du corps calleux chez un homme de 59 ans présentant en outre un lipome sous-cutané. Exérèse subtotale avec disparition des signes cliniques.

Etude clinique électro-encéphalographique et radiologique de deux cas d'agénésie du corps calleux. Diagnostic différentiel.

La réanimation cardiaque. Étude de la ressuscitation du système nerveux central, par M. E. Ectors

Relation d'un cas d'arrêt cardiaque de dix minutes ranimé par thoracotomie et massage cardiaque.

La ressuscitation a été caractérisée par : paralysie flasque puis rigidité de décérébration à partir de la deuxième heure puis agitation avec athétose et spasmes de torsion à la 24e heure, absence totale de mémoire et confusion

jusqu'au 5e jour, amnésie et enfin guérison pratiquement totale à partir du 15e jour.

L'auteur passe en revue les observations publiées et l'expérimentation animale. L'atteinte précoce du système nerveux central paraît être liée aux caractéristiques du métabolisme cérébral.

Les délais de paralysie fonctionnelle réversible et de paralysie irréversible par anoxie des diverses parties du système nerveux central sont identiques chez le lapin, le chat, le chien et l'homme.

L'isocortex est atteint d'abord ; viennent ensuite le cervelet, les ganglions de la base, le pont, la moelle, les ganglions sympathiques. Les effets de l'anoxie sont retardés par le glucose, l'héparine et le froid.

Les lésions histologiques provoquées par l'arrêt cardiaque résultent de l'addition de deux facteurs distincts : l'action directe de l'anoxie sur les neurones, qui provoque du gonflement cellulaire réversible ensuite de la chromolyse de Nissl, ou de l'hyperchromie de Spielmeyer irréversible ; l'action de l'anoxie sur les vaisseaux, qui détermine des atteintes en foyer.

Angiographie de la vertébrale par cathétérisme de l'artère radiale,
par MM. Ph. Martin et R. Potvliege

L'artériographie de la vertébrale par injection percutanée n'est pas toujours aisée. Les auteurs préfèrent la technique d'angiographie par cathétérisme de la radiale mise au point par Radner en 1947. La méthode de Lindgren, par ponction de l'artère fémorale et cathétérisme de l'aorte, n'est pas commode et semble même dangereuse chez les malades artérioscléreux.

Les auteurs emploient une technique qui s'inspire de celle de Radner ; ils ont utilisé au début un cathéter en nylon, mais ceci ayant présenté certains inconvénients, ils se servent actuellement d'une sonde à cathétérisme cardiaque. Les résultats obtenus sont très satisfaisants. Démonstration d'une série de clichés obtenus par cette méthode.

La névrite rétrochiasmatique de la sclérose en plaques,
par MM. J. François et G. Verriest

Les auteurs présentent deux observations de scotomes centraux hémianopsiques homonymes apparus chez des femmes atteintes de sclérose en plaques et caractérisant une « névrite rétro-chiasmatique ». Après avoir relaté brièvement les cas analogues de la littérature, ils établissent les caractères généraux de cette manifestation exceptionnelle de l'affection démyélinisante.

J. Ley.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

La douleur et les douleurs, par le Professeur Th. Alajouanine et ses collaborateurs. (Edition Masson, 1957, un volume de 345 pages).

Ce volume groupe toute une série de conférences faites à la clinique des maladies du système nerveux de l'hôpital de la Salpêtrière, sous la direction du professeur Alajouanine. La douleur y est envisagée avant tout comme une information, grâce à laquelle le clinicien doit orienter ses recherches afin de remonter jusqu'à sa source.

Ces conférences sont ainsi consacrées à l'étude clinique, physio-pathologique et thérapeutique de la douleur.

Le livre débute par une conférence du regretté R. Leriche : « Qu'est-ce que la douleur ? ». Il en montre encore les inconnues.

J. Grunier expose « les bases anatomiques du phénomène douloureux ».

J. Scherrer, s'occupant spécialement de « quelques aspects physiologiques de la douleur », écrit en terminant, cette phrase : « La douleur représente, au moment précis de sa perception, ou plus exactement lorsqu'elle occupe le champ de la conscience, la totalité de ces activités neuroniques déterminées par le stimulus nociceptif. »

H. Piéron étudie « le problème psycho-physiologique de la douleur ». Pour lui, le mot douleur recouvre une pluralité de systèmes spécifiques d'alarme, provoquant des réflexes locaux et surtout un stress diencéphalique.

Envisageant « l'ontogénèse de la vie psycho-affective et de la douleur, Affect et affectivité », A. Thomas montre l'évolution depuis le premier âge des premiers affects, puis de l'affectivité, de la maturité, le névraxe passe par des transformations structurales et subit des enrichissements successifs.

Th. Alajouanine s'intéresse à « la douleur en neurologie » et à la sémiologie de la douleur, base d'une thérapeutique rationnelle.

G. Boudin consacre une étude aux « aspects et mécanismes des douleurs par atteinte du protoneurone sensitif » et J. Barbizet, continuant en quelque sorte cette étude, envisage plus spécialement « l'hyperalgésie ». Il y discute le problème de « l'autonomie du système douloureux ».

J. Haguenau consacre un important travail aux « douleurs musculaires » et s'intéresse au traitement des crampes musculaires, traitement à base de vitamines de calcium, de quinine, dont il tente de montrer l'action complexe.

P. Castaigne s'intéresse « à la douleur vasculaire », groupe mal connu et mal élucidé des douleurs.

L'étude des « douleurs viscérales », de Fr. Lhermitte, montre qu'il existe trois types de douleur viscérale : 1° la douleur viscérale proprement dite, 2° la douleur projetée, 3° la douleur pariétale.

R. Thurel, analysant le symptôme « névralgie », fait une intéressante incursion dans le système neuro-végétatif.

J. Lapresle fait une utile discrimination dans les « douleurs médullaires », soit provenant du cordon postérieur, soit de la corne postérieure, soit du faisceau spino-thalamique.

La conférence de R. Garcin est consacrée à « la douleur dans les affections du système nerveux central », la douleur thalamique remarquablement expliquée, la douleur dans les affections protubérantielles et bulbaires.

J. Nick nous parle de « quelques types de douleurs céphaliques » (les formations sensibles de la tête, mécanisme des algies céphaliques, céphalées de cause mécanique, de cause vasculaire, dues à des compressions ou irritation des nerfs sensitifs, céphalées d'origine musculaire, céphalées post-traumatiques, céphalées du syndrome de Morgagni-Morel).

Avec J. Lhermitte, nous entrons dans le domaine des « algo-hallucinoses, les hallucinations de la douleur ». Il y parle de l'algo-hallucination des amputés et de celles en dehors des amputations, des membres fantômes douloureux consécutifs aux lésions de l'encéphale ; il en explique l'anatomie et la physiologie pathologiques.

« L'asymbolie à la douleur » est exposée par H. Hécaen et L. Michaux s'intéresse « aux aspects psychiatriques de la douleur somatique » : facteurs psychiques des douleurs organiques, les psychalgies, le retentissement psychique des algies somatiques. Perspectives thérapeutiques

Dans son étude sur « la douleur morale », J. Morlaas envisage sa nature, sa signification et sa psycho-physiologie.

R. Hazard s'intéresse à la « pharmacodynamie des analgésiques » (action locale, action centrale, action sur la répartition locale du potassium).

J. Jacob montre, dans son article sur « la pharmacodynamie de la douleur, la morphine », toutes les hypothèses qui ont été présentées, qui restent incomplètes mais riches d'enseignements, et utiles aux orientations futures.

« La neuro-chirurgie cérébro-spinale de la douleur » est exposée par R. Houdart.

« Enfin, Macdonal Critchley, dans une étude très originale, nous conduit à « la sémiologie de la douleur tabétique » en illustrant son travail par le journal d'Alphonse Daudet.

Livre éclectique, mais en réalité très harmonieux et d'une lecture captivante.

Paul Abély.

Présences (Revue trimestrielle du monde des malades). « Malades et médecins », n° 59, 1er trimestre 1957, 201 pages (Prieuré Saint-Jean à Champrosay, Seine-et-Marne).

J'ai déjà eu l'occasion d'analyser, dans les *Annales médico-psychologiques*, le n° 54 de l'année 1956, dont le titre était : « Le malade mental, qu'en avons-nous fait ? ».

Ce numéro pourrait plus brièvement s'intituler : « Le malade, qu'en avons-nous fait ? », cette perspective générale s'inscrivant sous le signe de l'interréciprocité entre le malade et le médecin, question d'une si vaste ampleur qu'on ne peut encore que l'ébaucher alors que les profondes modifications sociales de l'application de l'art de guérir n'en sont encore qu'à leurs débuts, qu'à leur phase expérimentale, à un moment où se heurtent beaucoup de conceptions et aussi quelques passions.

La lecture de ce volume de 200 pages, très éclectique, est par ailleurs très instructive, très intéressante.

Selon sa méthode, la revue est faite tout d'abord de questions et de réponses destinées à tous les participants du monde pathologique (malades, infirmiers, corps médical).

Les réponses à cette enquête sont toutes à lire attentivement et à méditer.

La deuxième partie de ce volume est consacrée « aux situations particulières vues par des médecins ». On y rencontre des opinions variées : les unes optimistes, les autres plus inquiètes, d'autres plus acerbes, certaines émouvantes.

Parmi elles, ma préférence va vers celle « du médecin de quartier », qui m'apparaît comme remarquable de dynamisme et de bon sens et aussi vers celle « de l'expérience du médecin-malade », dont je connais bien l'auteur ainsi que les souffrances subies par lui et dont les conclusions sont d'autant plus à retenir que le « vécu » les a profondément inspirées. Le chapitre « La médecine à temps plein dans les mines » paraît être lui aussi d'un remarquable réalisme.

La troisième partie s'intéresse aux relations « médecin-malade à l'hôpital ». Elle contient des passages qui incitent à la méditation tout médecin chargé d'un service hospitalier et de la formation professionnelle de ses assistants.

Le numéro se termine par quelques aspects de la relation médecin-malade à l'étranger, présentée par des médecins de différents pays.

On ne peut mieux conclure de cette lecture qu'en reproduisant la fin d'un article rédigé par un jeune externe des hôpitaux de Paris : « Que peut-on espérer et faire pour améliorer la prise de conscience par les étudiants du caractère humain de leur profession ? Une seule chose est à souhaiter à mon avis (en dehors de la recherche personnelle et continue d'une vie de charité sincère), c'est que nos patrons nous donnent l'exemple et que leurs titres ne consacrent pas seulement une valeur scientifique, mais une valeur morale, humaine. Ainsi, à leur contact, nous prendrons de plus en plus conscience de la grandeur réelle de notre vocation. »

Ce numéro représente pour tous les médecins, quelle que soit leur spécialité, un intérêt réel. Il faut bien augurer du prochain, dont on annonce déjà le sommaire prometteur. J'y retiens tout particulièrement un futur chapitre « de l'influence du malade sur le médecin », par M. Sendrail.

Paul Abély.

Essais de traitement de quelques syndromes hallucinatoires et mécanisme de l'action thérapeutique, par Bertrand d'Alteroche. (Un volume, thèse de Clermont-Ferrand, 1957, 100 pages, Imprimerie moderne, Clermont-Ferrand, 1957).

Il s'agit d'un travail fait, à Clermont-Ferrand, dans le service du Dr Pierre Doussinet. Dans son introduction, l'auteur montre la fréquence et l'intérêt des hallucinations et expose les buts de sa thèse. Puis, il étudie la méthode des infiltrations procaïniques du ganglion sympathique cervical supérieur, dont il expose la technique après un rappel anatomique et physiologique. Il évoque, d'abord, les 17 observations de son maître (avec une moyenne de trois à cinq jours pour la disparition des hallucinations), puis celles de Golse et Adam. Ensuite, est envisagée l'ablation chirurgicale du ganglion sympathique cervical supérieur. Deux observations sont rapportées, concernant des malades soumises antérieurement à des infiltrations inefficaces. L'opération elle-même aboutit, après exérèse unilatérale, à un échec total. Un plus long chapitre est alors consacré à l'examen de la thérapeutique par la chlorpromazine dans les syndromes hallucinatoires chroniques. Après une étude pharmacologique détaillée du produit, sont donnés les résultats. Sur 128 malades femmes, souffrant d'hallucinations, on peut noter 37 disparitions des phénomènes psycho-sensoriels, 59 améliorations sensibles, douze résultats douteux, vingt échecs. Sont alors étudiées plus en détail les malades soumises auparavant à l'infiltration procaïnique ou à l'ablation du ganglion sympathique cervical supérieur. La chlorpromazine s'est révélée d'une efficacité thérapeutique très supérieure à celle des deux méthodes précédentes. Des doses modérées ou faibles furent utilisées, ne dépassant pas 200 mg. par jour. Pour essayer de comprendre le mécanisme d'action de ces différentes thérapeutiques, l'auteur invoque le rôle joué par la substance réticulée du tronc cérébral, dont il rappelle les fonctions. Il lui semble, malgré les réserves formulées par le professeur Baruk, que la chlorpromazine agit directement en déprimant la substance réticulée, soit par voie nerveuse, soit par voie humorale. Quant aux infiltrations, elles agiraient par l'intermédiaire du système sino-carotidien.

En conclusion, l'auteur montre : l'action réelle, puis éphémère, des infiltrations procaïniques du ganglion sympathique cervical supérieur, l'échec de l'ablation de ce même ganglion (même associée à une sympathectomie péricarotidienne), la valeur incontestable de la chlorpromazine, le rôle à accorder à la substance réticulée du tronc cérébral pour expliquer le mécanisme d'action des deux types de traitement.

Quatre pages de bibliographie complètent la thèse.

V.-J. Durand.

Médecine et merveilleux, par A. Assailly, R. Biot, V. Carlhian, Dom Duesberg, O.S.B., J. Lhermitte, R.P. Pairault, S.J., R.P. Réginald-Omez, O.P., M. Sendrail et J. Thévenot. Un volume, in-8°, 284 pages, *in* « Convergences », éditions Spes, Paris, 1957.

Ce nouveau livre du « groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques », qu'anime le Dr René Biot, s'applique à rester aussi objectif que possible sur des questions particulièrement difficiles à traiter, parce

qu'elles dépassent « le cadre des activités psychobiologiques habituelles ». Après un rappel, par le Dr René Biot, des critères proposés par Benoit XIV, critères qui concernent surtout les guérisons miraculeuses, mais peuvent servir de guide général pour l'étude et la critique du merveilleux, M. Victor Carlhian, dans une introduction historique, scientifique, philosophique, intéressante étude du probable, de l'incertain, de l'impossible, délimite le champ et les limites du problème. Il conclut que le merveilleux « gît dans l'harmonie de l'œuvre créatrice que nos recherches explorent et qui témoignent à la fois de la diversité inouïe de cette œuvre et de son unité profonde. La merveille, c'est que le monde est infiniment plus riche et plus varié que notre imagination, laissée à elle-même, peut le concevoir ».

Le Dr Alain Assailly, décrivant les attitudes diverses de l'homme d'aujourd'hui face au problème du merveilleux, s'attache à dissiper des équivoques (légèreté d'esprit, confusion entre le mécanisme et l'agent, par exemple). Le R.P. Claude Pairault, S.J., étudiant le merveilleux comme forme de vie, son rôle chez les « primitifs » qui tentent de disposer du monde sur le mode du mythe, montre « l'homme moderne », vivant, lui, dans un monde qu'il prétend maîtriser. Il conclut que « devenir esclave ou maître des choses est œuvre imaginaire ».

Les structures mentales du besoin de merveilleux considéré « comme un sous-produit dégradé du besoin religieux » sont exposées par le Dr Jean Thévenot, qui résume et compare les éléments de la mentalité magique, de la mentalité religieuse, de la mentalité mystique, recherchant la source et la valeur du besoin de merveilleux. Le professeur Jean Lhermitte, dont les beaux travaux sur ces questions sont bien connus de nos lecteurs, consacre aux pseudo-possessions démoniaques et aux démonopathies un important chapitre riche de faits. Il décrit les formes paroxystiques, intermittentes, de la fausse possession démoniaque, en montrant le processus de la perturbation de la conscience et la forme lucide continue de la pseudo-possession diabolique avec ses mécanismes. Une fine analyse par le professeur Marcel Sandrail des « guérisons inexpliquées » et des guérisons dites naturelles, des préparations et des retentissements psychologiques de la guérison, complète la partie médicale de ce livre.

Après un chapitre consacré par Dom Duesberg, O.S.B., au merveilleux dans l'Ancien Testament, au rôle de la maladie et à sa théologie dans la Bible, où il n'est parlé que de façon anecdotique de maladie ou d'infirmité, le R.P. Réginald-Omez, O.P., s'applique à préciser le sens des mots désignant le merveilleux et à différencier paranormal, préternaturel et surnaturel.

Ce livre, écrit dans l'avant-propos le Dr René Biot, « marque comme une dernière étape dans une recherche qui a été jalonnée par plusieurs ouvrages antérieurs ».

V.-J. Durand.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Du rythme diurne dans l'épilepsie, par M. Levin. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 113, n° 3, septembre 1956, p. 243).

L'auteur trouve que les accès épileptiques surviennent pendant les heures immédiatement avant et immédiatement après le réveil. Ce rythme est dû, soit à une excitation, soit à une inhibition. C'est le passage d'une inhibition à une excitation partant d'une aire cérébrale ou vice-versa qui favorise l'apparition des accès. Les épileptiques ont peu d'accès quand ils sont occupés. Le travail inhibe l'excitation, c'est une soupape de sûreté. Il y a cependant des cas dans lesquels les accès surviennent au cours des premières heures du sommeil. L'auteur pense qu'il s'agit alors d'un groupe spécial de malades et que d'autres recherches sont nécessaires pour élucider les facteurs qui interviennent chez ces sujets.

L. Marchand.

Des tumeurs intracraniennes trouvées à l'autopsie des malades mentaux, par R. Patton et J. Sheppard. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 113, n° 4, octobre 1956, p. 319).

A l'autopsie de 2.161 sujets, les auteurs ont trouvé 78 tumeurs intracraniennes, soit 3,6 %. Comparé au pourcentage des tumeurs trouvées à l'autopsie des malades ne présentant pas de troubles mentaux, on note que ce pourcentage, qui est de 2,35 %, est inférieur à celui des malades mentaux. La variété des tumeurs diffère considérablement suivant qu'on les observe dans les cliniques chirurgicales, les hôpitaux généraux, les hôpitaux psychiatriques.

Les 78 tumeurs intracraniennes comprennent vingt-cinq gliomes (32 %), dix-neuf méningiomes (24,4 %), douze tumeurs métastatiques (15,4 %), sept adénomes hypophysaires, trois neurinomes, quatre tumeurs congénitales (un kyste colloïde, deux craniopharyngiomes, un kyste épidermoïde), cinq granulomes (deux tubercules, trois gommes), un angiome artério-veineux, deux ostéomes de la table cranienne interne. Le pourcentage des méningiomes est bien plus grand que celui relevé dans les hôpitaux généraux. La tumeur est généralement latente et constitue une trouvaille d'autopsie. Cette grande proportion des méningiomes provient que, dans les hôpitaux psychiatriques, le cerveau est toujours examiné, ce que l'on ne fait pas à l'autopsie des sujets décédés dans les autres hôpitaux ou cliniques.

L. Marchand.

L'assistance des aliénés au dix-septième siècle en Angleterre. Recherches dans les rapports des quarter-sessions, par A. Fessler. (*Proceedings of the Royal Society of Medicine. Section de l'histoire de la médecine,* vol. 49, n° 11, novembre 1956, p. 902).

Les documents historiques et locaux sont, non seulement dispersés mais aussi fragmentaires. On ignore pendant combien de temps les aliénés ont été placés dans les maisons de correction et comment ils y terminèrent leur vie. Dans les rapports des Quarter-Sessions, on ne trouve de renseignements que sur les conséquences économiques qui intéressaient la communauté et les autorités. Durant le XVII^e^ siècle, l'attitude générale était hostile aux aliénés, qui étaient considérés comme un réel danger pour la commune. Depuis la promulgation de la « Elizabethan Poor Law Statute », le maintien de ces personnes était placé sous la responsabilité des communes dont les ressources étaient très limitées. On avait alors la conviction que, non seulement les durs traitements étaient nécessaires aux aliénés mais qu'ils leur étaient salutaires. Il ressort des documents qu'au XVIII^e^ siècle la législation concernant les aliénés était encore plus rudimentaire que les méthodes employées par les justices de paix au siècle précédent. Les aliénés, assimilés aux fripons et aux vagabonds, étaient considérés comme « personnes indisciplinées ». La loi donnait à la justice le pouvoir d'appréhender les aliénés dangereux et de les garder dans des « places de sûreté » et, si cela était nécessaire, de les enchaîner. La commune ou les parents de l'aliéné étaient tenus responsables des charges qu'entraînait sa détention. La loi ne fit donc que rendre légales des méthodes qui étaient déjà pratiquées depuis longtemps et considérées comme utiles. Les maisons de santé privées pour aliénés qui, à partir du XVIII^e^ siècle, ont joué un triste et important rôle dans l'assistance des aliénés, ont tiré leur origine des méthodes utilisées au XVII^e^ siècle, forçant les fonctionnaires des communes de prendre à leur charge les frais des aliénés. A partir de la troisième décade du XVIII^e^ siècle, on ne trouve plus aucune documentation dans les rapports des Quarter-Sessions.

L. Marchand.

Indices électrocardiographiques émotionnels, par B. Weiss. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 113, n° 4, octobre 1956, p. 339).

De nombreux investigateurs ont trouvé que les personnes sous l'influence d'un choc émotif présentaient des modifications électro-cardiographiques caractéristiques. D'après les rapports publiés, il apparaît que les modifications varient considérablement suivant que le choc émotif est transitoire ou prolongé. Dans la majorité des cas, on observe : 1° l'amplitude de l'accident P ; 2° la dépression, l'inversion ou la distorsion de l'accident T ; 3° la déviation du segment S.T. Ces modifications sont en rapport avec l'augmentation du tonus sympathique. Cependant, plusieurs constatations suggèrent que le parasympathique a aussi une influence active.

L. Marchand.

Schizophrénies confuses. Présentation de trois cas (Esquizofrenias confusas. Apresentação de tres casos), par Roberto B. Tomchinsky et Spartaco Vizzotto. (*Arquivos do Departamento de Assistência a Psicopatas do Estado de São-Paulo,* vol. 21, janvier-décembre 1955, p. 143-154).

Les schizophrénies confuses forment une division du groupe des psychoses désintégratives ou schizophrénies de Kleist. L'auteur allemand distingue en effet : 1) les hébéphrénies subdivisées en formes puérile, dépressive, apathique et autistique ; 2) les catatonies réparties en formes bradyphémiques, paraphémiques, acinétiques, paracinétiques, négativistes, proscinétiques, stéréotypiques ; 3) les formes paranoïdes comprenant la phantasiophrénie, la confabulose progressive, l'hallucinose progressive, la somatopsychose progressive, l'autopsychose progressive, la psychose d'influence et la psychose d'inspiration ; en annexe, la psychose de référence progressive, la psychose de signification progressive, la psychose paranoïde circonscrite ; 4) les schizophrénies confuses avec les schizophrénies paralogique, incohérente, et la schizophasie. La schizophasie fait partie du groupe des schizophrénies atypiques avec la catatonie itérative et la paraphrénie affective. Les auteurs rapportent trois observations appartenant respectivement à la schizophrénie paralogique, à la schizophrénie incohérente et à la schizophasie. Divers commentaires sont faits sur ces observations, ainsi que sur les conceptions de Karl Kleist. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Schizophrénie hébéphrénique. Présentation d'un cas (Esquizofrenia hebefrenica. Apresentação de um caso), par Renato Teixeira Mendes et Benedito A. Sampaio. (*Arquivos do Departamento de Assistencia a Psicopatas do Estado de São-Paulo,* vol. 21, janvier-décembre 1955, p. 129-142).

Les auteurs présentent l'observation d'une malade de 30 ans qui, après un développement normal montre, à partir de 16 ans, des troubles du comportement à aggravation progressive. L'allure clinique est en faveur du diagnostic de processus schizophrénique à forme hébéphrénique. Il faut signaler l'existence d'un état schizophrénique chez une sœur de 40 ans, et celle de troubles graves du comportement chez une autre sœur de 35 ans. Quelques commentaires sont faits sur le diagnostic différentiel des schizophrénies et sur les classifications des états morbides encadrés par Kræpelin sous le terme de démence précoce.

V.-J. Durand.

Anxiété de séparation (Separation anxiety), par Hubert R. Este, Clarice H. Haylett et Adelaide M. Johnson (de Rochester, Illinois). (*American Journal of Psychiatry,* vol. 10, n° 4, octobre 1956, p. 682-695).

Sous le nom d'anxiété de séparation, les auteurs désignent une forme de névrose dans laquelle la mère et le fils se trouvent poussés à être le plus possible proches l'un de l'autre et ne peuvent se quitter. C'est un syndrome différent de la peur de l'école et ce n'est pas une variété de l'école buissonnière. Les auteurs font une étude soigneuse d'un cas chez un garçon de 12 ans. Ils en analysent les mécanismes dynamiques. On peut distinguer les

facteurs suivants : relation de dépendance entre la mère et le fils, établie précocement et non résolue ; accomplissement incomplet des pulsions émotionnelles de la mère, à cause de difficultés conjugales ; peur et menace temporaires pour la sécurité de l'enfant, ce qui provoque une augmentation transitoire des besoins de dépendance de l'enfant ; exploitation de cette situation par la mère avec facilitation de la dépendance exagérée du fils à son égard ; existence antérieure d'une relation semblable entre la mère de l'enfant et sa propre mère : expression d'une hostilité pour l'enfant, non seulement en le rendant plus dépendant de la mère, mais aussi au moyen d'une inhibition directe de toute opportunité pour l'enfant d'exprimer ses sentiments agressifs ou hostiles vis-à-vis de la mère ; en même temps, comportement séducteur à l'égard de l'enfant : développement chez celui-ci d'une forte hostilité, largement inconsciente, pour sa mère, avec exploitation du sentiment de culpabilité de la mère à son égard et pour la sécurité de la mère, provoquée par des désirs inconscients d'agression et de destruction, ce qui amène l'enfant à vouloir être toujours avec sa mère pour assurer lui-même sa sécurité, enfin, au moment de la fréquentation scolaire, déplacement de cette hostilité sur le maître d'école qui devient alors un objet phobique. La thérapeutique repose sur une analyse de la mère et du fils faite par deux psychanalystes différents. Il faut résoudre la situation de dépendance mutuelle, permettre la satisfaction des sentiments d'hostilité qui doivent être exprimés et analysés. Les problèmes psychologiques des deux sujets doivent être résolus à un niveau de plus grande maturité. Huit figures, illustrant les facteurs intervenant dans le syndrome. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Le corps dans l'hypocondrie et dans la dépersonnalisation. La conscience du corps et le sentiment d'existence corporelle dans la dépersonnalisation somato-psychique (Il corpo nell' ipocondria e nella depersonalizzazione. La coscienza del corpo e il sentimento di esistenza corporeo nella depersonalizzaeione somatopsichica), par F. Basaglia (de Padoue). (*Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. 80, fasc. 3, 1er août 1956, p. 453-490).

Le sentiment de dépersonnalisation somatopsychique ne représente pas un tableau clinique déterminé. C'est plutôt une situation singulière qui, bien que pouvant constituer la plus grande partie d'un tableau clinique, n'en est pas toutefois la seule expression symptomatologique. Il doit être considéré comme un état de conscience particulier rattaché à un tableau névrotique ou à un état évolutif psychotique. La dépersonnalisation somatopsychique n'est pas la conséquence d'un trouble de la structure de la personnalité, mais correspond davantage à l'expérience que le sujet éprouve de tel trouble. En somme, il s'agit d'une altération de la conscience de soi, de la personnalisation avec mise en évidence d'un trouble de la conscience, celle-ci étant entendue comme l'élément intégrateur des activités personnelles. Il n'existe de dépersonnalisation d'aucun type (auto-somato ou allopsychique) si ne se montre présent le caractère d'auto-analyse. Si, dans un tableau psychotique avéré, se retrouve un contenu délirant pouvant être rapporté à la dépersonnalisation somatopsychique, cela sera seulement une apparence. Il y aura seulement une élaboration délirante d'un état primitif de dépersonnalisation. Le fait que ces délires soient à base du sentiment de déper-

sonnalisation n'a qu'une importance secondaire, ce qui importe dans ces délires étant, non le contenu, mais la croyance délirante. Dans la dépersonnalisation, on ne retrouve aucune altération de la base sensible, de l'instrumentalité de l'être, mais plutôt une altération des sentiments de signification de la perception. En conséquence, la dépersonnalisation somatopsychique ne peut être attribuée à une altération du schéma corporel puisque celui-ci se rapporte seulement à la base sensible de la perception, dont la pathologie représente la projection de l'impossibilité pour le malade d'intégrer l'enchaînement normal des éléments perceptifs constituant le développement des faits élémentaires de la vie psychique. Des phénomènes illusionnels à type cénestopathique, des dysgnosies corporelles seront donc le produit d'une semblable altération et trouveront des aspects symptomatologiques semblables, non dans la pathologie relative à la personnalisation, mais dans celle des asomatognosies. Les diverses opinions exprimées sur ces difficiles problèmes sont analysées et critiquées. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Épilepsie et psychonévrose obsessionnelle. Contribution clinique (Epilessia e psiconevrosi ossessiva. Contributo clinico), par E. Paretti et L. Rambelli (de Rome). (*Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. 80, fasc. 3, 1er août 1956, p. 666-669).

Plusieurs observations sont rapportées, avec existence d'absences à caractère nettement épileptique, associées à des épisodes obsessionnels et impulsifs, développés sur une personnalité psychasthénique. Il semble possible d'admettre que, en présence d'une hérédité spécifique, l'épilepsie modifie le contenu de l'obsession, lui donnant un caractère terrifiant et mystique. Si l'hérédité manque, la survenue associée des obsessions et de l'épilepsie semble être une simple coïncidence.

V.-J. Durand.

Sur la question de la causalité multifactorielle en psychiatrie (Zur Frage der multifaktoriellen Kausalität in der Psychiatrie), par O. H. Arnold (de Vienne). (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, vol. 6, n° 3-4, septembre-décembre 1956, p. 116-132).

La causalité doit être considérée comme une catégorie spécifiquement humaine, comme le temps et l'espace. Il convient de l'utiliser en psychiatrie, en commençant par le groupement encyclopédique des facteurs causaux, puis en passant par l'établissement de rapports corrélatifs mathématiques entre les facteurs partiels, jusqu'à la formation d'un système causal unique. Cela montre la nécessité de l'étude systématique de l'étiologie des affections psychiques. L'auteur rappelle ce qui concerne particulièrement l'épilepsie, la psychose maniaque-dépressive, la schizophrénie. Le but de ces études est d'arriver à la connaissance de la série hiérarchisée des facteurs causaux, de leur enchaînement, de leurs corrélations. Tableaux. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Tâches et possibilités du médecin de famille dans le domaine de l'hygiène mentale, par E.-E. Krapf (de Genève). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie,* vol. 77, fasc. 1-2, 1956, p. 47-56).

Le praticien de médecine générale ne doit pas renoncer à intervenir dans les problèmes d'hygiène mentale. Son intervention est souhaitable en face de la multiplication des troubles psycho-névropathiques et de syndromes où les éléments psychiques sont de plus en plus importants. Il en est de même pour les questions de puériculture. Le rôle du médecin de famille est essentiel quand il faut assurer, non seulement la quantité, mais une bonne qualité des soins maternels. Il peut s'intéresser aux problèmes de psychologie infantile, participer à l'information des parents, élucider certaines difficultés familiales. Le fait que le médecin de famille est éloigné de l'abstraction rend plus efficace sa collaboration à l'effort d'hygiène mentale.

V.-J. Durand.

Paul Dubois et le développement de la psychothérapie (Paul Dubois und die Entwicklüng der Psychotherapie), par Christian Müller (de Céry). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie,* vol. 78, fasc. 1-2, 1956, p. 390-393).

L'auteur rappelle l'essentiel de la vie et des travaux de Paul Dubois, né à La Chaux-de-Fonds en 1848 et qui fut un des fondateurs de la psychothérapie rationnelle, après s'être occupé d'électricité médicale. Pour lui, les psychonévroses étaient d'origine psychogène à la suite de jugements de valeur déficients ; les sentiments d'infériorité venaient de situations primaires de la pensée et des sentiments que les malades devaient à l'hérédité et à l'éducation. Le traitement devait être psychique et avoir pour but de ramener les malades à une meilleure estimation des valeurs. Les rapports de la psychothérapie de Paul Dubois avec la psychanalyse et avec les conceptions de V. E. Frankl, de Baruk et de Hesnard peuvent prêter à d'intéressants commentaires.

V.-J. Durand.

La valeur des études neurologiques de Sigmund Freud pour la pathologie cérébrale et la psychiatrie (Der Wert der neurologischen Studien Sigmùnd Freuds für die Gehirnpathologie und Psychiatrie), par Paul Vogel (de Heidelberg). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie,* vol. 78, fasc. 1-2, 1956, p. 274-287).

Avant de se consacrer à l'étude des névroses et d'élaborer les principes de la psychanalyse, Freud s'était beaucoup occupé de problèmes neurologiques. Il avait envisagé, en particulier, les questions des localisations cérébrales et de l'aphasie, adoptant une position inspirée des conceptions de Jackson. D'autre part, il avait fait d'importantes recherches sur l'hystérie. La connaissance des travaux de Freud dans le domaine de la neurologie peut faciliter la compréhension de la psychanalyse. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Le refus de la cinquième planche de Rorschach (Il rifiuto alla quinta tavola di Rorschach), par Franco Basaglia et Giampietro Dalla Barba (de Padoue). (*Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria,* 18e année, fasc. 1, janvier-février 1957, p. 17-24).

Contrairement à ce qui est souvent affirmé, les auteurs excluent (même au point de vue statistique) que le refus de la cinquième planche du test de Rorschach puisse être considéré comme un signe pathognomonique de schizophrénie. Ils se posent le problème de la signification de cette planche par rapport à ses valeurs d'évidence et de position. Ils émettent l'hypothèse que la cinquième planche serait éprouvée comme une planche d'attente. Ils examinent alors, en se fondant sur ces bases théoriques, le refus de la planche au cours de diverses affections pathologiques, y compris les syndromes schizophréniques. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Maladie dégénérative familiale. Présentation clinique, par Jules Lambert, Alphonse Pelletier et Guy Paradis. (*Laval médical,* Québec, vol. 21, n° 6, juin 1956, extrait de dix pages).

Une malade de 55 ans entre à l'hôpital en 1946 pour des troubles de l'humeur et du comportement avec éléments dépressifs. L'examen neurologique révèle une paraplégie spasmodique avec ataxie, hyperréflectivité tendineuse aux membres inférieurs, signe de Babinski à gauche, nystagmus horizontal. On pense à une sclérose en plaques. La malade meurt en 1955 et l'autopsie montre : atrophie cérébrale, atteinte des cordons postérieurs médullaires, des faisceaux pyramidaux, du cervelet, des noyaux dentelés, des olives bulbaires. Les lésions évoquent à la fois la maladie de Friedreich et la paraplégie spasmodique familiale. Une enquête médico-sociale permet alors d'apprendre qu'une sœur de la malade a présenté les mêmes troubles neurologiques. On peut donc penser à une maladie dégénérative familiale. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Suicide et aliénation mentale, par Jean-Yves Gosselin et Marcel Gervais. (*Laval médical,* Québec, vol. 21, n° 6, juin 1956, extrait de douze pages).

Les auteurs ont cherché le nombre des suicides survenus à l'hôpital Saint-Michel-Archange entre 1906 et 1955. Trois périodes ont été distinguées de 1906 à 1937 (soit avant les traitements de choc) : 14 suicides sur 15.517 admissions, soit un chiffre de 0,90 ‰ ; de 1938 à 1954 (emploi des méthodes de choc) : 16 suicides sur 16.326 admissions, soit 0,98 ‰ ; enfin, année 1955, avec l'utilisation intensive de neuroplégiques : 6 suicides sur 997 admissions, ce qui correspond à 6 ‰. Il est encore trop tôt pour apprécier la cause de cette augmentation récente. Néanmoins, les auteurs concluent : « Si, comme on le sait, le suicide est un fait à la fois biologique, psychologique, moral et philosophique, deviendra-t-il un problème de la thérapeutique neuroplégique ? » Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Relations médecin-malade (Relaçôes médico-doente), par Eduardo Luis Cortesão. (*Anais Portugueses de Psiquiatria*, 7e année, n° 7, décembre 1955, p. 178-189).

Les relations entre le médecin et le malade sont dominées par la notion de transfert. Il faut distinguer le transfert positif du transfert négatif. Dans l'ensemble : le transfert est le déplacement des émotions appartenant à une représentation inconsciente d'un objet réprimé, pour une représentation mentale d'un objet du monde extérieur : le médecin. De ce dernier peuvent venir des réactions de contre-transfert. Une forme spéciale des relations médecin-malade a été précisée par Barahona Fernandes, c'est le transfert vital, de caractère plus biologique. Au point de vue thérapeutique, le transfert peut être utilisé comme facteur de suggestion, comme association avec médicaments administrés, comme moyen de psychothérapie individuelle ou collective, enfin, à titre d'étape de la cure psychanalytique. Des exemples cliniques sont rapportés, précisant certains mécanismes psychologiques.

V.-J. Durand.

NEUROLOGIE

Discussion sur les conséquences cliniques de l'anoxie cérébrale. *Proceedings of the Royal Society of Medicine. Section de Neurologie*, vol. 49, n° 9, septembre 1956, p. 609).

M. R. S. Allison. — Les conséquences de l'anoxie ont perdu beaucoup de leur fréquence dans les usines et les ateliers grâce aux bonnes conditions de la ventilation. Par contre, les accidents domestiques par intoxication par le gaz entraînent plus de 500 décès par an en Angleterre.

Le cerveau est l'organe le plus sensible à la réduction de l'oxygène. Celle-ci peut être due : 1° à des troubles dans le fonctionnement du cœur, 2° à une diminution du volume total du sang. Des troubles dans la balance des électrolytes en résultent et toute déshydratation souvent compliquée d'alcalose cause l'hypoxie cérébrale. Les syndromes hypoxiques sont facilement reconnus chez les personnes bien portantes. Ils consistent en asthénie musculaire, agressivité, égarement, céphalée, éblouissements. Chez des personnes malades et alitées, on peut commettre l'erreur de les considérer comme manifestations hystériques. Dans la majorité des cas, la guérison se fait en quelques heures.

Quand l'anoxie est sévère, la mort survient avant que le sujet reprenne conscience. La dilatation des pupilles, les accès épileptiformes répétés, les sueurs, sont des indications graves, mais il est toujours difficile de préciser le pronostic. La survie est improbable quand le coma persiste pendant 24 à 48 heures. On a rapporté des cas de survie après une anoxie de dix minutes, après l'arrêt du cœur pendant sept minutes.

Les séquelles neurologiques chez les sujets qui ont subi une anoxie sont décrites par l'auteur. Il donne l'exemple d'un enfant qui, un mois après l'anoxie, présentait un état de décérébration avec dystonies de torsion, chez un autre des mouvements involontaires rythmiques avec protusion de la langue. Comme autres séquelles, on note les états confusionnels, l'amnésie

rétrograde, l'hémiparésie, la cécité corticale, le parkinsonisme, l'épilepsie et l'état de mal épileptique mortel, l'agnosie visuelle. L'apraxie constructive est très fréquente et elle guérit au bout d'un certain temps, de sorte qu'on peut admettre que, comme le syndrome de Gerstmann, elle est due, non à une lésion en foyer, mais à des troubles fonctionnels intéressant les deux hémisphères.

M. P. D. Bedford. — On admet qu'il y a quatre types d'anoxie : 1° quand la tension de l'oxygène dans le sang est plus basse que la normale ; 2° quand la circulation sanguine est insuffisante ; 3° quand le taux de l'hémoglobine est réduit ; 4° quand les cellules sont incapables d'utiliser effectivement l'oxygène. Cette classification est incomplète, on doit y ajouter l'anoxie de l'hypoglycémie, les troubles dus aux modifications dans les taux du potassium-sodium-calcium sanguins. Certains types d'anoxie sont plus graves que d'autres.

Les effets cliniques de l'anoxie observés chez des personnes âgées comprennent deux groupes : ceux qui sont transitoires et ceux qui sont permanents.

Dans le premier groupe, on relève la somnolence, qui survient au cours des maladies cardiaques, de l'emphysème, des intoxications et de la fièvre ; la confusion hypnagogique, de courte durée par suite de conditions fébriles ou médicamenteuses toxiques, au cours de l'artériosclérose ; les états confusionnels nocturnes chez les cardiaques traités par l'aminophilline, chez les urémiques et les pyélonéphrétiques ; les accès de respiration périodique qui surviennent durant le sommeil, surtout chez les enfants. L'auteur cite d'autres réactions cérébrales organiques, souvent accompagnées de confusion : la neurasthénie organique, certains symptômes neurologiques focaux apparaissant au cours des hémorragies, des anesthésies, des maladies cardiaques, des surdosages de morphine ou de barbituriques.

Dans le deuxième groupe on note : l'incapacité cérébrale permanente, la neurasthénie chronique, les démences observées après les anesthésies générales, les hémorragies, les chocs hypotensifs après la pneumonie, les intoxications médicamenteuses ; on peut observer des états rappelant les attitudes de décérébration après l'intoxication oxycarbonée.

A noter que les jeunes sujets présentent une immunité relative aux effets de l'anoxie, due probablement à leur plus grande « réserve cérébrale ».

M. A. Meyer. — Les aspects neuro-pathologiques de l'anoxie ont surtout été étudiés durant ces dernières années. L'auteur expose ses constatations sur l'anoxie due à l'anesthésie, tant au point de vue humain qu'expérimental, et il rapporte six cas de mort. L'arrêt du cœur semble avoir été de une minute à vingt-cinq minutes. Les lésions cérébrales sont sévères dans tous les cas et intéressent le cortex, la corne d'Ammon et le cortex cérébelleux, le corps strié, le globus pallidus. Le thalamus est lésé profondément dans trois cas, la substance réticulée, le corps de Luys et le noyau dentelé seulement dans un cas.

Trente chats ont été anesthésiés par l'éther ; chez cinq, les lésions histologiques sont irréversibles. Elles sont semblables à celles constatées dans les cas humains. Cinq chats ont été aussi soumis à l'anesthésie et ont survécu quatre à huit jours. Les lésions sont voisines de celles observées chez les rats.

Dans tous les cas humains ou expérimentaux dans lesquels les lésions sont

irréversibles, les sujets avaient présenté une faiblesse cardiaque ou respiratoire. Il est possible que, chez les vieillards, les troubles de la circulation ou de la respiration suffisent pour entraîner des lésions anoxiques cérébrales irréversibles.

Le globus pallidus semble être le plus souvent lésé dans les intoxications oxycarbonées, tandis que le thalamus ne semble pas un centre vulnérable à l'anoxie. Cependant, A. Meyer signale, parmi les six cas signalés plus haut, la nécrose du thalamus dans trois cas.

Le problème des lésions est très complexe. La vulnérabilité cérébrale à l'anoxie dépend de plusieurs facteurs. La privation d'oxygène est probablement le facteur le plus important, mais on doit aussi admettre le rôle joué par la stase des veines et des capillaires, par l'augmentation de la perméabilité des parois vasculaires, par l'œdème et par l'élévation de la pression intracranienne.

L. Marchand.

Considérations sur les métastases intracraniennes d'après 107 cas histologiquement vérifiés, par D. Petit-Dutaillis, R. Messimy et H. Berdet. (*Revue neurologique*, t. 95, n° 2, 1956, p. 89).

Malgré le luxe des explorations, la multiplicité des métastases cérébrales reste encore méconnue dans bien des cas. Le début peut être marqué par de la céphalée, par des crises comitiales. A la période d'état on note, en plus de la confusion mentale, des phénomènes déficitaires. La stase papillaire est fréquente. Les métastases sont souvent multiples. Les examens spéciaux donnent des résultats variables. Les formes varient suivant l'évolution, la topographie des métastases, leurs caractères histologiques. A noter la prépondérance des cancers broncho-pulmonaires chez l'homme, du sein chez la femme. Comme tumeurs primitives, sur 109 cas observés par les auteurs, 51 sont secondaires à des cancers broncho-pulmonaires, 11 à des cancers du sein, 9 à des cancers digestifs, 30 à des cancers du rein, 3 à des cancers de l'appareil génito-urinaire, 5 à des cancers de l'utérus. La survie post-opératoire, d'une façon générale, est courte, variant de quelques semaines à cinq mois (onze microphotos).

L. Marchand.

L'encéphalite hémorragique aiguë, par F.-E. Posthumus Meyjes. (*Revue neurologique*, t. 95, n° 3, septembre 1956, p. 246.

Observation de trois cas d'encéphalite hémorragique. Les deux premiers cas sont caractérisés par une réaction inflammatoire prononcée périvasculaire et diffuse à prédominance de polynucléaires, par un œdème marqué ; les hémorragies sont diapédétiques. L'atteinte prédominante de la substance blanche justifie le terme de leuco-encéphalite hémorragique aiguë. Dans le troisième cas, on note la prédominance des lésions au niveau du cortex, des hémorragies plus vastes, la présence d'infiltrats de mononucléaires. L'auteur intègre les deux premiers cas aux formes d'encéphalite hémorragique décrites par Hurts ; son troisième cas répondrait aux encéphalites hémodynamiques (onze microphotos illustrent le mémoire).

L. Marchand.

Troubles de la sensibilité superficielle dans la sclérose latérale amyotrophique et dans la dégénérescence hépato-lenticulaire, par S.-V. Balenkova, Institut de neurologie, Moscou. (*Revue de neuro-pathologie et de psychiatrie,* t. 56, fasc. 8, p. 645 à 653, Moscou).

De l'étude de 30 cas de sclérose latérale amyotrophique et de 25 cas de dégénérescence hépato-lenticulaire, l'auteur conclut à l'importance de l'atteinte thalamique.

Dans la sclérose latérale amyotrophique, les troubles de la sensibilité à ses divers modes furent observés chez les 30 malades. La localisation distale des troubles était particulièrement évocatrice, soit à type d'hypoesthésie, soit à type d'hyperesthésie ; dans 4 cas elle s'associait à des troubles à localisation segmentaire radiculaire ; dans sept cas il s'agissait de modifications fines nécessitant des méthodes particulières pour être mises en évidence ; il s'agissait d'une élévation du seuil et de modifications du caractère d'adaptation aux excitations. Dans le cas de la dégénérescence hépato-lenticulaire, l'auteur insiste sur l'hyperesthésie, l'hyperalgésie, et surtout l'hyperpathie nette dans 17 cas sur 25 observés ; de plus, dans deux cas, cette hyperpathie a été très marquée et s'est accompagnée de modifications végétatives.

J. Chambon.

Analyse électro-encéphaloscopique de la mosaïque bio-électrique corticale au cours des œdèmes et des traumatismes cérébraux, par M.-N. Livanov, V. M. Ananiev et N. P. Bechterev. (*Revue de neuro-pathologie et de psychiatrie,* t. 56, fasc. 10, p. 778 à 790, Moscou).

Cette nouvelle méthode électro-physiologique pourra être appliquée à l'étude neuro-physiologique théorique du fonctionnement cortical et, semble-t-il, être aussi utilisée comme technique diagnostique de localisation des lésions cérébrales.

J. Chambon.

Syndrome épileptiforme au cours de la maladie rhumatismale, par T.-P. Simson, Institut de psychiatrie, Moscou. (*Revue de neuro-pathologie et de psychiatrie,* t. 56, fasc. 9, p. 691 à 697, Moscou).

Etude de 30 enfants et adolescents de 10 à 16 ans chez lesquels on a observé des symptômes allant de la perte de conscience jusqu'au syndrome épileptiforme. Problèmes physiolo-pathologiques et patho-génétiques de ces états paroxystiques. Les sujets sont classés en trois groupes. Dans le premier : pertes de connaissance liées à des modifications vaso-motrices fréquentes au cours de la maladie rhumatismale. Dans le deuxième : modifications paroxystiques de la conscience liées à une inhibition corticale totale ; l'expression clinique en est un état de somnolence avec dépersonnalisation, et état crépusculaire. Dans le troisième groupe : crises épileptiques, déréalisation typiques, ou paroxysmes hystériformes.

J. Chambon.

Étude anatomo-clinique de la maladie de Steinert (Estudio anatomo-clinico de la enfermedad de Steinert), par J.-O. Trelles, Carlos Gutierrez, A. Aranibar et Luis Palomino. (*Revista de Neuro-Psiquiatria*, Lima, t. 19, n° 2, juin 1956, p. 139-204).

Les auteurs font une étude anatomo-clinique détaillée d'un cas de dystrophie myotonique de Steinert en s'étendant particulièrement sur les résultats des examens histopathologiques. Ils décrivent les lésions musculaires, celles des glandes endocrines, celles du globe oculaire et de la peau. Les signes d'atteinte du système nerveux occupent le premier plan dans l'ensemble des fondements histo-pathologiques de la maladie. On peut distinguer les lésions caractéristiques steinertiennes de celles qui sont inflammatoires, concomitantes et terminales. Les lésions frappent surtout les neurones moteurs des nerfs rachidiens et craniens. Elles touchent moins l'hypothalamus et l'écorce cérébrale. Les lésions neuronales sont essentiellement atrophiques, sans grandes altérations myéliniques, sans réaction gliale. A propos de leur observation personnelle, les auteurs font une revue générale de la littérature, ce qui les amène à envisager principalement les bases anatomiques et les facteurs étiopathogéniques. La lésion primordiale des motoneurones, conséquence d'un processus abiotrophique, commande les atrophies musculaires. Les lésions hypothalamiques entraîneraient les troubles endocriniens et dystrophiques, les perturbations oculaires, celles de la peau. Enfin, l'atteinte du cortex cérébral serait la cause des troubles mentaux. De leur étude comparée de la littérature, les auteurs concluent que la maladie de Steinert semble due à un processus abiotrophique qui atteint le système nerveux : de façon prépondérante les motoneurones médullaires, accessoirement, quelques noyaux hypothalamiques et le cortex cérébral. Soixante figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Céphalées vaso-motrices comme symptôme d'épilepsies latentes (Vasomotorische Kopfschmerzen als Symptom latenter Epilepsien), par H. Heyck (de Zürich). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, vol. 76, fasc. 1-2, 1955, p. 387-388).

Dans 48 cas de migraine, l'électro-encéphalogramme fut normal 24 fois, montrant des signes de dysrythmies non spécifiques 10 fois, des troubles focaux 4 fois, enfin des bouffées paroxystiques hypersynchrones 8 fois. Chez deux cents malades souffrant de céphalées vaso-motrices, on fit la même constatation chez 20 sujets ; dans 70 % des cas, il y avait des bouffées hypersynchrones s'observant après photostimulation ; dix autres malades de même groupe présentaient des signes similaires, mais seulement sous forme légère. Cliniquement, presque tous les cas montraient des troubles végétatifs apparaissant en crises plus ou moins prolongées : états vertigineux, pseudo-angine de poitrine, tachycardie paroxystique, syncope, transpiration abondante, hémorragies muqueuses, troubles psychiques variés. Ces manifestations correspondent aux crises vaso-vagales de Gowers et Kinnier Wilson. Ceci est en faveur de leur interprétation comme des équivalents diencéphaliques autonomes.

V.-J. Durand.

Contribution clinique à la casuistique de la maladie de Friedreich (Contributo clinico alla casistica del morbo di Friedreich), par Leone Nardone (de Catanzaro). (*Il Lavoro Neuropsichiatrico*, 10e année, vol. 18, fasc. 3, juin 1956, p. 703-710).

L'auteur a observé trois frères présentant une atrophie systématique qui s'est manifestée chez deux d'entre eux après une stomatite grave et chez l'autre, apparemment sans prodromes. Dans les deux premiers cas, l'agent déclenchant est représenté par la stomatite ; dans le troisième, les manifestations semblent être dues à un processus irréversible de sénescence prématurée des neurones frappés (Van Bogaert). La gravité des symptômes a été en rapport avec la précocité de leur apparition. Le cas le plus accentué commença à 14 ans, le moins sévère à 25 ans, celui de gravité intermédiaire à 17 ans. Il n'y avait pas d'antécédents familiaux de maladie de Friedreich. La descendance des deux formes moins accentuées ne montre pas de troubles, pas plus d'ailleurs que celle d'une sœur bien portante. Tableau généalogique.

V.-J. Durand.

L'hypertrophie musculaire vraie (L'hypertrophia musculorum vera), par F. Di Biagio (de Rome). (*Il Lavoro Neuropsichiatrico*, 10e année, vol. 18, fasc. 3, juin 1956, p. 659-670).

L'auteur envisage les différentes variétés de l'hypertrophie musculaire : hypertrophie fonctionnelle ou physiologique, hypertrophie prodromique de l'atrophie, hypertrophie dans la maladie de Thomsen, hypertrophie par myosite ou par névrite, dystrophie musculaire hyperplastique de Talma. Un essai est fait d'individualiser le tableau de l'hypertrophie musculaire vraie. Deux cas sont décrits : l'un typique d'hypertrophie musculaire par phlébite typhique, l'autre d'hypertrophie musculaire vraie du mollet, non symptomatique, sans évolution vers la dystrophie, avec excitation électrique augmentée. L'auteur esquisse enfin le syndrome de l'hypertrophie masticatoire, avec exposé de trois cas personnels. Une figure. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Agénésies et lipomes du corps calleux, par G. André-Balisaux et J. Brihaye (d'Anvers et Bruxelles). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, vol. 77, fasc. 1-2, 1956, p. 367-380).

Les auteurs font une soigneuse révision de la littérature concernant les agénésies du corps calleux, puis les lipomes de cette formation commissurale. Les cas publiés antérieurement dans différents pays sont décrits. A la fin de leur étude, les auteurs font remarquer que, malgré la coexistence de malformations cérébrales parfois importantes et d'une agénésie calleuse, onze malades ont pu mener une vie sociale active et normale, grâce à l'intégrité de leur développement mental. D'autre part, il faut signaler que l'association d'agénésie du corps calleux et de kyste porencéphalique avec foyer comitial, est une indication neuro-chirurgicale. Trois figures.

V.-J. Durand.

Huit cas de tumeurs du corps calleux, par P. Van Gehuchten et A. Dereymacker (de Louvain). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie,* vol. 77, fasc. 1-2, 1956, p. 441-448).

Les auteurs rapportent huit observations de tumeurs du corps calleux : la première avec crises épileptiques généralisées, émotivité exagérée, idées de persécution, parésie droite, abasie par tumeur de la partie antérieure et moyenne du corps calleux ayant envahi le septum et l'hémisphère gauche : la deuxième avec amnésie, désorientation, parésie gauche, troubles de l'équilibre, stase papillaire par tumeur du splénium avec extension latérale ; la troisième, avec agitation, puis stupeur, parésie gauche, œdème papillaire, par atteinte de la région moyenne du corps calleux ; la quatrième, avec désorientation, apathie, amnésie, parésie droite, troubles de l'équilibre, œdème papillaire, par tumeur du splénium et extension à gauche ; la cinquième, ne montrant pas de troubles mentaux, mais une hémiparésie gauche de la stase papillaire, par tumeur antérieure à extension bilatérale ; la sixième, avec crise jacksonienne, dépression, somnolence, hémiparésie droite, léger œdème papillaire, par tumeur de la région moyenne avec atteinte de la couche optique ; la septième avec dépression, apathie, pas de troubles moteurs, par tumeur de la partie moyenne du corps calleux et envahissement du ventricule gauche ; la huitième, enfin, avec crises jaksoniennes, apathie, désorientation, peu de troubles moteurs, hyperémie papillaire, par tumeur moyenne envahissant l'hémisphère gauche. Les résultats de l'encéphalographie gazeuse ont été variables : ventricules latéraux aplatis en profil d'ailes de papillon, écartés l'un de l'autre, l'un d'eux refoulé latéralement ; déformation du toit ventriculaire. Quatre figures.

V.-J. Durand.

Contribution au problème des variations raciales du corps calleux chez l'homme, par F. Twiesselmann, P. Janssen et G. André-Balisaux (d'Anvers). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie,* vol. 77, fasc. 1-2, 1956, p. 363-367).

Une étude comparative a été faite sur les variations ethniques de mensuration du corps calleux. La comparaison a été faite, en particulier, entre les valeurs obtenues antérieurement chez les Toscans, les Zoulous, les Bantous d'une part, les Congolais d'autre part. Les différents indices sont reproduits. Trois figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Tumeurs de corps calleux, par J. Brihaye et G. André-Balisaux (de Bruxelles et Anvers). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie,* vol. 77, fasc. 1-2, 1956, p. 381-392).

Une revue générale de la question amène les auteurs à préciser les signes des tumeurs du corps calleux : 1) syndrome d'hypertension intracranienne, parfois précoce ; 2) syndrome mental, à spécificité très douteuse, répondant plutôt à l'atteinte de régions voisines ; 3) syndrome résultant de la participation bilatérale des hémisphères cérébraux ; les symptômes sont variables, moteurs, sensitifs, apraxiques, aphasiques, périmétriques. La ventriculographie se révèle l'examen diagnostique le plus fidèle. En dehors d'une exérèse chirurgicale subtotale, le pronostic des tumeurs du corps calleux est très sombre. Tableaux. Sept figures.

V.-J. Durand.

Comparaison des données liquidiennes de cas d'encéphalite, méningo-encéphalite et méningite sardes à étiologie vraisemblablement virale, avec celles de cas de méningo-encéphalite purulente ou spécifique et d'hémorragie sous-arachnoïdienne. (Comparazione dei rapporti liquorali di casi di encefalite, meningo-encefalite e meningite sarde, ad eziologia presumibilmente virale, con quelli di casi di meningo-encefalite purulenta o specifica e di emorragia subaracnoidea), par Guiseppe Andrea Buscaino (de Cagliari). (*Rassegna di Studi Psichiatrici,* vol. 45, fasc. 6, 1956, p. 1301-1318).

L'examen du liquide céphalo-rachidien chez 86 malades atteints d'encéphalite, de méningo-encéphalite et de méningite vraisemblablement virales endémiques en Sardaigne a montré, en comparaison avec 52 cas de méningite tuberculeuse ou purulente, certaines différences : une fréquence plus grande de liquide clair ou hémorragique, un plus faible pourcentage d'hypertension au manomètre de Claude, d'hyperalbuminose, de pléiocytose importante (ou même modeste). Les modifications de la glycorachie ont été plus inconstantes, de même celles des chlorures et du benjoin colloïdal (déviation à gauche). Dans les formes hémorragiques, la comparaison avec 46 cas d'hémorragie sous-arachnoïdienne a montré hypertension au manomètre de Claude, pléiocytose importante, réaction des globulines plus souvent et plus fortement positives, déviation du benjoin à droite. Tableaux. Très importante bibliographie.

V.-J. Durand.

L'examen cytochimique du liquide céphalo-rachidien dans les névraxites à étiologie probablement virale, observées en Sardaigne (L'esame citochimico del liquido cefalo-rachidiano nelle nevrassiti ad eziologia probabilmente virale, osservate in Sardegna), par G. A. Buscaino (de Cagliari). (*Rassegna di Studi Psichatrici,* vol. 45, fasc. 6, 1956, p. 1288-1300).

Après avoir décrit les caractéristiques physico-chmiques du liquide céphalo-rachidien au cours des diverses formes de névraxites à étiologie virale certaine ou très probable, l'auteur indique les résultats des examens cytochimiques liquidiens chez 101 malades atteints d'encéphalites, de méningites et de méningo-encéphalites virales observées en Sardaigne de 1948 à 1955. Dans l'ensemble, les données de l'examen cyto-chimique du liquide céphalo-rachidien sont différents de ceux des formes cliniques analogues à étiologie non virale. En cas d'épanchement de sang dans les espaces sous-arachnoïdiens, il est habituellement possible de faire le diagnostic entre les hémorragies méningées mécaniques ou inflammatoires. Nombreux tableaux très détaillés. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Aspects cliniques des méningo-encéphalites actuelles d'origine inconnue, mais dites virales en Europe occidentale, par Ludo Van Bogaert (d'Anvers). (*L'encéphale,* 45e année, n° 5, 1956, p. 1267-1293).

L'auteur étudie certaines formes de méningo-encéphalites virales observées en Belgique. Il s'agit, tantôt sous forme sporadique, tantôt sous forme de petits groupes, d'infections méningo-encéphalitiques rappelant les méningo-

encéphalites verno-estivales de l'Europe centrale. Dans quelques cas, le virus est connu. Il y a des caractères évolutifs et cliniques communs. L'anatomie pathologique montre habituellement des lésions banales, discrètes, non systématisées. Les examens biologiques ne sont pas caractéristiques, mais c'est dans ce domaine qu'il y a intérêt à poursuivre les recherches. Cependant, l'exploration virologique est délicate. L'évolution des formes des méningo-encéphalites apparaissant chez des sujets antérieurement sains est généralement favorable. La thérapeutique demeure assez empirique. On a préconisé des ponctions lombaires répétées. Il y a intérêt à associer pénicilline et streptomycine pour lutter préventivement contre des infections secondaires. La chloromycétine et l'auréomycine peuvent se montrer utiles. Quelques observations typiques sont rapportées. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Diabète insipide post-traumatique et hypotension intracranienne mortelle, par P. Sizaret et H. Vandier (de Tours). (*L'Encéphale,* 45e année, n° 5, 1956, p. 1294-1299).

Un sujet de 30 ans subit, au cours d'un accident d'automobile, un traumatisme cranio-cérébral violent avec coma de plusieurs jours, symptômes neurologiques diffus ; puis, amélioration progressive des troubles neurologiques et de l'état général, avec persistance d'un syndrome démentiel, un mois après l'accident. Il y avait à ce moment dilatation ventriculaire et nette hypotension intracranienne. Deux mois après le traumatisme, on constate l'apparition d'un diabète insipide (ingestion quotidienne de 14 à 16 litres de liquides). L'administration de post-hypophyse réduit légèrement la polydipsie et la polyurie. On arrête le traitement, ce qui entraîne le développement rapide de signes graves d'hypotension intracranienne, de troubles végétatifs, avec modification des électrolytes, paralysies, coma et mort. Cette observation est intéressante en ce qui concerne l'apparition du diabète insipide post-traumatique, ainsi que celle de l'hypotension intra-cranienne. Dans le mécanisme des troubles constatés, peut-être faut-il faire intervenir une complication finale du type des radiculo-polynévrites en raison des paralysies terminales et de certaines modifications du liquide céphalo-rachidien.

V.-J. Durand.

Encéphalopathie saturnine (Encefalopatia plúmbica), par J.-O. Trelles, Franz Polack et G. Guerra. (*Revista de Neuro-Psiquiatria,* Lima, t. 19, n° 3, septembre 1956, p. 293-321).

A propos d'un cas fatal d'encéphalopathie saturnine avec étude anatomo-pathologique, les auteurs présentent deux autres cas cliniques de saturnisme avec encéphalopathie chez des frères du premier malade. L'analyse symptomatologique de cette intoxication familiale permet de retrouver l'origine des troubles et de constater l'évolution plutôt torpide de l'affection, sauf dans le premier cas, décédé après une marche subaiguë. Dans le second cas, fut essayée la thérapeutique par un dérivé calcique du complexe acide éthylène-diaminotétracétique. Un effet favorable a pu être observé portant plus sur le chiffre d'imprégnation par le plomb que sur l'évolution clinique. L'étude anatomo-pathologique montre des lésions encéphaliques surtout méningo-

vasculaires, avec également atteinte neuronale, au niveau du cortex cérébral, du cortex cérébelleux et de l'olive bulbaire. Ces lésions sont semblables à celles produites expérimentalement chez l'animal, sans réaction gliale. Le taux d'imprégnation du plomb a été recherché dans les tissus étudiés, les résultats étant positifs, mais sans relation directe avec l'intensité et la morphologie des lésions. Vingt-neuf figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Les rapports entre symptomatologie clinique et circulation collatérale de compensation dans l'occlusion de l'artère cérébrale moyenne (I rapporti tra sintomatologia clinica e circolo collaterale di compenso nell'occlusione dell'arteria cerebrale media), par G. Castorina et G. Francesconi (de Rome). (*Il Lavoro Neuropsichiatrico*, 10e année, vol. 19, fasc. 1, août 1956, p. 23-82).

L'étude porte sur 18 cas qui montrent l'importance des anastomoses méningées entre les branches distales des artères cérébrales antérieure et postérieure avec celles de l'artère sylvienne pour le remplissage rétrograde de ces derniers vaisseaux. La circulation collatérale ainsi développée permet la régression du syndrome clinique. Le retour à la normale de la pression artérielle est un élément important. Une occlusion de l'artère sylvienne en amont de l'origine des branches profondes n'a pas toujours comme conséquence une hémiplégie. Parfois, malgré l'obstruction de l'artère, démontrée par l'artériographie, l'hémiplégie peut manquer ou n'apparaître que plus tard. On doit opposer l'évolution chez des sujets jeunes ou des opérés pour anévrysme avec occlusion chirurgicale, à celle des sujets âgés aux artères cérébrales altérées. L'hémiplégie peut disparaître complètement chez les premiers, tandis qu'elle est permanente chez les autres. Il est possible, dans le premier cas, de faire intervenir des suppléances par les anastomoses. Vingt-huit figures. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

BIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE

Stress et psychiatrie, par H. Selye. (*The American Journal of psychiatry*, vol. 113, n° 5, novembre 1956, p. 423).

Selye définit ainsi le stress : un état qui se manifeste par un syndrome spécifique consistant en toutes les modifications provoquées non spécifiquement dans un système biologique. Pris sous ce sens, le stress comprend une forme caractéristique mais sans cause particulière. Les réactions qui tendent à diminuer ou à réparer les manifestations, c'est-à-dire la sécrétion des corticoïdes, constituent des défenses contre le stress-syndrome.

L'auteur limite son travail à une brève discussion sur certaines observations expérimentales présentant des applications en psychiatrie.

Les progrès accomplis par la chimie synthétique ont permis de produire des stéroïdes, en particulier l'hydroxydione, capables d'entraîner l'anesthésie chez l'homme.

L'agitation et les convulsions produites par des stimulants tels que le

métrazol, la picrotoxine, peuvent être combattues par diverses stéroïdes. Laborit, en France, a publié des observations sur l'action encourageante de l'hydroxydione dans le traitement du delirium tremens.

Chez l'animal (chien et singe), un traitement prolongé avec doca (désoxycorticostérone acetate) produit un syndrome rappelant la paralysie musculaire périodique.

Chez le chien, une forte dose de doca produit une encéphalopathie avec périartérite noueuse, œdème, et souvent des hémorragies massives cérébrales.

Les rapports entre le stress et les maladies inflammatoires font l'objet d'un chapitre spécial. Il est admis que certaines hormones (A.C.T.H., cortisone), produites pendant le stress, ont des propriétés anti-inflammatoires. Il est moins certain, mais probable, que sous certaines conditions le stress et les hormones appelées « prophlogistiques » (doca) stimulent l'inflammation et le développement des maladies du « collagène ». Les corticoïdes anti-inflammatoires jouent également un rôle important dans l'inflammation anaphylactoïde et dans certaines manifestations de la médecine psychosomatique (tuberculose, ulcère gastrique et duodénal).

Les rapports entre le stress et les dérangements sexuels sont passés en revue. Pendant le stress, quand l'hypophyse antérieure doit sécréter un excès d'A.C.T.H. pour maintenir la vie, la glande ne peut produire simultanément une quantité suffisante d'hormones gonadotropes. Il en résulte un arrêt des règles, une atrophie de l'ovaire chez la rate et une involution des testicules chez le rat. Chez l homme, le stress peut ainsi entraîner une diminution de la libido et de la fertilité des deux sexes, l'aménorrhée chez la femme et l'impuissance chez l'homme.

L. Marchand.

La génétique du comportement humain, par Fr. Kallmann. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 113, n° 6, décembre 1956).

Le phénotype d'un individu peut être défini comme l'expression visible de ses modifications dues aux influences du milieu, tandis que le génotype détermine ses modes de réactions à tout ce qui peut lui arriver venant du milieu.

Chaque sujet possède un seuil, qui lui est propre, pour s'adapter aux différents types de stress, et il leur réagit par un ensemble de symptômes qui leur sont particuliers.

L'auteur fait une étude importante sur les jumeaux. Une ressemblance fondamentale dans la composition des traits de la personnalité n'a rien de commun avec une ressemblance génotypique. Deux jumeaux bivitellins du même sexe peuvent être autant différents dans leur personnalité que deux frères élevés ensemble ou séparément. Chez deux jumeaux univitellins, les profondes différences manifestées au cours des importants événements de la vie sont rarement assez fortes pour annihiler leur similitude de base et les traits généraux de leur personnalité.

Exemple de deux jumeaux univitellins, dont l'un a été atteint de paralysie infantile spastique, et qui sont tous deux parvenus au même niveau intellectuel et au même équilibre émotionnel.

Autre exemple : des deux filles univitellines, nées de parents sourds, une

d'elles est sourde et cependant toutes les deux arrivent à la même performance et ont la même personnalité.

A propos de la schizophrénie et de la psychose maniaque-dépressive, l'auteur fait la remarque que ces deux affections ne s'observent pas séparément chez deux jumeaux univitellins ; elles doivent être considérées comme spécifiques génotypicalement. La prédisposition aux psychoses intermittentes est probablement associée à un trouble subtil dans le mécanisme neuro-hormonal chez les sujets très émotifs. La prédisposition à la schizophrénie serait vraisemblablement le résultat d'un gène récessif. Mêmes considérations sont faites à propos de la mélancolie involutive, du comportement homosexuel, du mongolisme (neuf photos de jumeaux illustrent le travail).

L. Marchand.

La base moléculaire de la génétique, par L. Pauling. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 113, n° 6, décembre 1957, p. 492).

La maladie mentale a une origine chimique et les anomalies chimiques sont ordinairement le résultat d'anomalies dans la constitution génétique de l'individu. Il est probable que la maladie mentale résulte souvent d'une anomalie biochimique « quantitative », c'est-à-dire de la présence chez l'individu de molécules de substance qui est présente normalement, mais trop ou pas assez concentrée. D'autre part, la faiblesse mentale semble être le résultat d'une anomalie « qualitative » par la présence chez l'individu de molécules qui diffèrent dans leur structure de celles qui sont présentes chez un être humain normal. La production de ces molécules anormales est déterminée par la constitution génétique du malade ; la maladie est alors héréditaire et il s'agit d'une maladie moléculaire. Comme exemple, l'auteur s'étend sur les modifications des globules rouges dans l'anémie ; il admet que de nombreux cas de retard mental sont des maladies moléculaires et il prend comme exemple l'oligophrénie phénylpyruvique.

L. Marchand.

Le concept pré-pavlovien de réflexe (The pre-pavlovian concept of reflex), par Eduardo Luis Cortesão. (*Anais Portugueses de Psiquiatria,* vol. 7, n° 7, décembre 1955, p. 149-153).

On peut considérer Descartes comme le créateur de la notion de réflexe, envisagée dans une conception dualiste. Les réflexes conditionnés ont même été prévus par lui aussi bien chez l'animal que chez l'homme. Plus tard, Spinoza, qui réagit contre la conception dualiste, adopta des vues dynamistes. Parmi les principaux auteurs qui s'intéressèrent ultérieurement aux problèmes des réflexes, il faut citer Thomas Willis au XVII^e^ siècle, Hales, Robert Whytt et Georges Prochaska au XVIII^e^, Legallois, Pierre Flourens, François Magendie, Bell, Marschall Hall, Johannes Peter Muller, Edward Pfluger, Franz C. Dunders, Paul Broca, E. Hitzig et G. Fritsch, Friedrich Goltz, Charles Sherrington, David Ferrier, H. Munk et F. M. Setchenov, au cours du dernier siècle. Les progrès étaient très importants au moment où Pavlov commença ses recherches. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Contribution à l'étude de la labilité colloïdale du sérum sanguin de malades mentaux par les réactions de Mallen-Télo, Takata-Ara, Ucko et Weltmann (Contributo allo studio della labilità colloïdale del siero di sangue di ammalati mentali mediante le reazioni di Mallen-Telo, Takata-Ara, Ucko e Weltmann), par C. Fiore (de Lecce). (*Rassegna di Neuropsichiatria*, vol. 10, n° 2-3-4, 1956, p. 93-106).

L'auteur a recherché le comportement de la réaction de Mallen-Telo, comparativement aux réactions de Takata-Ara, Ucko et Weltmann chez des malades mentaux (paralytiques généraux, déments séniles et épileptiques). La positivité de la réaction de Mallen-Telo fréquemment rencontrée chez ces malades est interprétée comme l'expression de l'altération de l'équilibre colloïdal du sérum sanguin, liée à une dysfonction d'une des plus importantes activités hépatiques. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Contribution à l'étude des altérations anatomo-pathologiques produites par la chlorpromazine et par la réserpine chez le cobaye (Contributo allo studio delle alterazioni anatomo-patologiche indotte dalla cloropromazina e dalla reserpina nella cavia), par Tito Ghisoni et Pietro Taverna (de Voghera). (*Rivista di Neurobiologia*, vol. 2, fasc. 4, octobre-décembre 1956, p. 573-583).

La littérature concernant les lésions anatomo-pathologiques dues à l'intoxication par la chlorpromazine et la réserpine chez l'animal est assez pauvre. Les auteurs ont administré des doses subléthales des deux produits à des cobayes. Ils ont observé, au niveau du système nerveux, diverses altérations. Pour la chlorpromazine, il y avait chromatolyse par la méthode de Nissl au niveau des cellules du mésencéphale, ainsi que des microhémorragies localisées principalement dans les formations grises de la base. Pour la réserpine, il s'agissait de lésions vasculaires identiques dans les mêmes zones, mais la méthode de Nissl ne mettait en évidence que des altérations cellulaires plus réduites. Au nveau des différents viscères, furent observés essentiellement des signes lésionnels de type hémorragique. Sept figures.

V.-J. Durand.

Le glycéryl-ortho-toluyl-éther et le réflexe psychogalvanique, effet Tarchanoff (Il gliceril-orto-toluil-etere e il riflesso psicogalvanico, effetto Tarchanoff), par Augusto Guida, Ada Guida Volpi et Angelina Levi (de Modène). (*Rivista di Neurologia*, vol. 26, fasc. 6, novembre-décembre 1956, p. 613-630).

Le glycéryl-ortho-toluyl-éther ou myanésine, employé aux doses thérapeutiques habituelles, ne modifie chez l'homme, ni le temps de latence, ni l'amplitude, ni le temps d'adaptation de l'effet Tarchanoff (variation du potentiel cutané) du réflexe psycho-galvanique. Ceci indique que le produit ne modifie, à ces doses habituelles, ni l'excitabilité, ni la conductibilité des structures sympathiques intéressées dans le réflexe psychogalvanique. En conclusion, aux doses thérapeutiques, la myanésine a seulement une action myolytique. Il faudrait des doses nettement plus élevées pour que d'autres actions soient obtenues. Trois figures. Tableau. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Recherche du facteur d'éclaircissement dans le plasma et dans le liquide céphalo-rachidien de malades mentaux à la suite de l'administration d'héparine et de thérapeutiques psychiatriques (Ricerca del fattore di schiarimento nel plasma e nel liquor di malati mentali in seguito a somministrazione di eparina e a terapia psichiatriche), par Giorgio Sacerdoti et Mario Pedani (de Venise). (*Il cervello,* 33e année, n° 2, 15 mars 1957, p. 118-127).

Les auteurs rapportent les chiffres obtenus par la détermination du facteur d'éclaircissement dans le plasma de malades mentaux à l'égard d'une émulsion de lipides. L'éclaircissement se vérifie, non seulement à la suite de l'injection intraveineuse d'héparine, mais aussi (à un moindre degré cependant) après certaines thérapeutiques psychiatriques. Au contraire, il n'y a aucune apparition du facteur d'éclaircissement dans le liquide céphalo-rachidien ni avec l'héparine intraveineuse, ni avec l'héparine intrarachidienne. Tableaux. Tracés. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Contribution à la connaissance des modifications visuelles dans les états émotifs produits pharmacologiquement (Contributo alla conoscenza delle modificazioni visive negli stati emotivi indotti farmacologicamente), par Giorgio Leoni (d'Imola). (*Il cervello,* 33e année, n° 2, 15 mars 1957, p. 95-113).

Chez 31 sujets normaux, chez lesquels avaient été produits des états de surexcitation végétativo-émotive par des moyens pharmacologiques, l'auteur a étudié le comportement de la capacité d'inversion figure-fond, de la polarisation forme-couleur, de la rapidité de perception visuelle et de la capacité d'intégration de forme. Bien que ne trouvant pas un parallélisme vrai entre l'intensité de la symptomatologie émotionnelle objective et les modifications de la perception visuelle, il a noté, dans la majorité des cas, une rapidité augmentée de la perception visuelle, une meilleure capacité d'inversion figure-fond, une capacité augmentée d'intégration des formes et une inclination plus marquée pour la couleur. Dans de très rares cas, a été constaté le phénomène opposé de rendement moins bon pour ces épreuves. Il est possible d'expliquer ces résultats à la lumière des notions modernes de neuro-physiologie. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Limites de la recherche électrophorétique sur papier de la crase proteïque hématoliquidienne chez des malades neurologiques et psychiques (Limiti all'indagine elettroforetica su carta della crasi proteica ematoliquorale in malati neurologici e psichici), par P. Sarteschi et P. Fabiani (de Pise). (*Rassegna di Studi Psichiatrici,* vol. 45, fasc. 6, 1956, p. 1193-1228).

Après un rappel de la littérature, les auteurs donnent les résultats obtenus par l'électrophorèse sur papier du sérum et du liquide céphalo-rachidien chez des malades organiques et fonctionnels du système nerveux. La série comprenait : six épilepsies, six neurosyphilis, trois scléroses latérales amyotrophiques, trois scléroses en plaques, trois cas de syndromes extrapyrami-

daux, quatre tumeurs cérébrales, cinq hémorragies méningées, six affections neurologiques variées, huit psychonévroses. L'électrophorèse n'apporte souvent pas de renseignement important, sauf dans quelques cas de sclérose en plaques, où on note une augmentation des gamma-globulines dans le liquide céphalo-rachidien. Dans la neuro-syphilis, il y a augmentation de la fraction gamma. L'électrophorèse est, en général, seulement utile dans les affections à liquide céphalo-rachidien pathologique. C'est alors que l'on peut observer des modifications en rapport avec une origine inflammatoire de la maladie. L'évolution de l'électrophorèse au cours de la maladie est alors intéressante à étudier. Tableaux. Quatorze électrophorétogrammes. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

ENFANCE ET ADOLESCENCE

Modifications électro-encéphalographiques dans la méningite tuberculeuse de l'enfant au cours du traitement, par N.-V. Steinbuch et V.-Y. Tourtchenkova, Institut pédiatrique de Rostov. (*Revue de neuro-pathologie et de psychiatrie,* t. 56, fasc. 9, p. 725 à 729, Moscou).

Etude portant sur 61 cas traités pour méningite tuberculeuse. Les auteurs soulignent la généralisation des modifications électro-encéphalographiques au cours de la méningite tuberculeuse et la valeur clinique de leur étude. Cependant, ils nient les conclusions de Turrel, selon qui, les données de l'électro-encéphalogramme peuvent être un critère diagnostic différentiel entre la méningite tuberculeuse et les méningites lymphocytaires d'origine non tuberculeuse. Dans les méningites tuberculeuses non traitées, Turrel a toujours observé des rythmes lents de grande amplitude alors que, dans les méningites lymphocytaires non tuberculeuses, l'électro-encéphalogramme restait relativement normal. Mais les observations des auteurs contredisent cette affirmation : chez des enfants traités précocement, les modifications électro-encéphalographiques se réduisaient dans certains cas à un aplatissement du rythme de base, ce qui correspond aux données de Debré, qui a aussi remarqué dans une série de méningites tuberculeuses un électro-encéphalogramme normal. Par ailleurs, sur des électro-encéphalogrammes d'enfants atteints de méningites lymphocytaires, les auteurs ont observé une activité nettement pathologique. La présence d'ondes lentes témoignerait seulement de l'importance de l'affection, du degré évolutif, mais ne serait absolument pas un critère diagnostic différentiel en méningite tuberculeuse ou non tuberculeuse.

J. Chambon.

Pneumo-encéphalographie et narcose prolongée chez l'enfant, par S.-A. Melnikov, Chaire des maladies nerveuses du premier institut médical Lénine, Moscou. (*Revue de neuropathologie et de psychiatrie,* t. 56, fasc. 9, p. 740 à 748).

La narcose prolongée réduirait les possibilités de complications au cours de la pneumo-encéphalographie. La narcose est obtenue en associant gardénal *per os* et hydrate de chloral en solution à 3 % en goutte-à-goutte rectal.

J. Chambon.

L'influence de la musique sur l'enfant inadapté, par Juliette Alvin. (*Enfance,* octobre 1956).

L'auteur donne une fois par semaine à des enfants retardés ou inadaptés neuf concerts-leçons d'une demi-heure avec violoncelle et piano. Chaque programme comprend : musique, démonstrations techniques, histoires courtes, questions et commentaires sur la musique. Ils développent l'intérêt, l'attention, l'observation des enfants. On peut suivre l'amélioration des perceptions sensorielles, soit auditives, soit auditives et visuelles, combinées (mouvements de l'archet et de la main), soit visuelles seules (diagrammes de notation musicale et images), soit tactiles (maniement de l'archet). Les enfants rédigent de petites compositions, font des dessins et fabriquent des objets se rapportant à la leçon de musique, et là encore les progrès ont été nets.

D. Joyeux-Quercy.

L'enfant caractériel parmi ses frères et sœurs (II), par G. Roquebrune. (*Enfance,* novembre-décembre 1956).

L'auteur décrit deux grands types d'enfants : les excités et les inhibés. Les premiers dominent au-dessous de 8 ans, pour laisser progressivement la place aux seconds, qui dominent après 12 ans.

Des tableaux montrent les pourcentages de ces deux types selon qu'il s'agit d'enfants uniques, d'aînés ou de seconds de deux et selon l'âge. L'auteur rapporte de nombreux exemples d'enfants excités ou inhibés pris dans ces divers groupes, et cherche les causes physiologiques et psychologiques qui déterminent ou favorisent leur type. L'auteur dégage l'importance de l'attitude des parents : chez les enfants uniques, un raidissement éducatif survenant quand l'enfant grandit, provoque des difficultés scolaires. Chez les aînés de deux, l'attitude des parents change à la naissance du cadet, ils exigent trop de lui et, par contre, maintiennent le cadet dans un état infantile. L'enfant, selon son caractère, se soumettra ou se révoltera. Interviendra également le caractère du frère ou de la sœur, d'où la multiplicité des cas.

D. Joyeux-Quercy.

Étude préliminaire de l'adaptation des enfants de 5 ans à l'école maternelle, par Mme J. Morgonlis. (*Enfance,* novembre-décembre 1956).

L'auteur étudie pendant les quinze premiers jours le comportement des enfants au moment de quitter leur famille, leurs premiers contacts avec l'institutrice, leur attitude en classe. Trois groupes se dessinent : N1 qui s'adapte vite, N2 qui souffre de la séparation familiale, N3 qui a du mal à s'intégrer à la collectivité. Les enfants N1 vivent dans leur famille, mais avec une certaine autonomie ; ceux de N2 sont très attachés à leur mère et plus infantiles ; ceux de N3 ont été souvent séparés de leur famille. L'auteur étudie les premiers contacts avec la classe, qui se rattachent à deux attitudes extrêmes : passivité (N2), opposition (N3) ; elle suit le comportement des enfants par la méthode des échantillons temporels. De nombreux graphiques illustrent cette étude. Au début, N1 travaille le mieux. Ensuite, N1 s'adapte parfaitement, N2 passe par une période d'isolement

dans le travail avant de s'adapter, N3 manque d'autonomie et est taquin. L'absence, ainsi que les trois mois de vacances annuelles, annulent les résultats obtenus.

D. Joyeux-Quercy.

De la motricité oculaire des oligophrènes dans l'acte de fixer, de regarder, de suivre le pourtour et de se représenter un objet, par F. Morel, P. Schifferli et J. J. Burgermeister. (*Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, vol. 132, n° 5/6, 1956, pp. 257-273).

Continuant leurs travaux sur la motricité oculaire examinée par le moyen d'un faisceau lumineux projeté sur la cornée et réfléchi sur un film photographique, les auteurs se sont livrés à une intéressante étude comparativement entre sujets normaux et oligophrènes. Cette comparaison fait apparaître d'importantes différences entre les deux groupes dans les actes de regarder suivre le pourtour et se représenter un losange. Ces différences consistent, en premier lieu, en des anomalies de l'information chez les oligophrènes, par instabilité de la fixation, variabilité, erreurs, inachèvement du parcours à explorer. Cette insuffisance d'information va trouver une répercussion dans l'inaptitude à se représenter de mémoire de façon efficace et même parfois dans une dégradation, sinon une disparition, des quelques éléments d'information recueillis, comme le prouve l'épreuve contrôle du dessin de l'objet. Enfin, une autre anomalie remarquable se retrouvant dans tous les actes demandés est la grande fréquence des mouvements extra-oculaires, le défaut de dissociation entre les mouvements des globes oculaires et ceux de la tête, une espèce d'obligation syncinétique restent très caractéristiques de l'exploration visuelle des oligophrènes.

Cette étude apporte des éléments intéressants pour la compréhension des fonctions de « perception » et de mémoire de cette catégorie de sujets.

P. A.

Discipline à la maison et développement intellectuel (Discipline in the home and intellectual development), par Norma Kent et D. Russel Davis (de Cambridge). (*The British Journal of Medical Psychology*, vol. 30, n° 1, 1957, p. 27-33). ;

Les auteurs ont cherché à établir les relations possibles entre le développement intellectuel des enfants et le degré de discipline observé dans leur famille. Ils distinguent quatre types de discipline : normal, exigeant, suranxieux, indifférent. Les tests psychologiques employés comprenaient essentiellement l'échelle de Binet-Simon et le W.I.S.C. Des différences ont été notées entre les épreuves verbales et les épreuves pratiques. Diverses corrélations ont été constatées entre le niveau intellectuel et le degré de discipline familiale. Ainsi, les enfants élevés par des parents exigeants abtiennent des résultats relativement hauts aux tests de Binet-Simon. Pour une famille suranxieuse, les enfants ont en général des chiffres assez bas aux subtests-performance du W.I.S.C. On peut donc conclure à une corrélation entre l'intensité de la discipline familiale et le développement intellectuel de l'enfant.

V.-J. Durand.

Contribution à l'étude du test de Rorschach chez des enfants de deux à six ans, par M. Schachter et S. Cotte (de Marseille). (*Anais portugueses de Psiquiatria,* vol. 7, décembre 1955, p. 49-68).

Les auteurs étudient le test de Rorschach sur une série de 78 enfants dont l'âge allait de deux à six ans (sept ans non révolus). Ces enfants, originaires de la région marseillaise, de niveau intellectuel normal, étaient répartis en trois groupes : 1) de deux à cinq ans (18 sujets) ; 2) de cinq à six ans (30 sujets) ; 3) de six à sept ans non révolus (30 enfants). L'analyse complète des résultats permet de nombreuses observations, par exemple le nombre des réponses progresse avec l'âge ; celui des réponses globales diminue légèrement ; les réponses D augmentent ; il en est de même des zoomorphies, des réponses minérales et géologiques. Les types coartés tendent à devenir moins fréquents avec l'âge, tandis que les types extratensifs augmentent. Les formules introversives et ambiégales n'apparaissent que dans le troisième groupe. Le refus des planches se montre relativement rare ; de même les persévérations. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Adolescence et psychopathologie (Adolescencia y psicopatologia), par Y. Solé Sagarra (de Barcelone). (*Revista de Psicologia Normal e Patológica,* São-Paulo, 2e année, n° 1, janvier-mars 1956, p. 134-142).

Après avoir rappelé les caractéristiques psychologiques générales de l'adolescence et les conceptions de Carl Schneider sur la psychopathologie de cette période de l'âge évolutif, l'auteur situe la psychiatrie de l'adolescent entre celle de l'enfant et celle de l'adulte. Elle est plus nuancée que la première, moins que la seconde. Pour leur plus grand nombre, les psychoses de l'adolescence appartiennent au groupe des schizophrénies (principalement formes hébéphrénique et catatonique). Les psychoses cycliques sont plus rares, ainsi que la paranoïa pure et les psychoses exogènes. Sur le plan thérapeutique, l'auteur indique la possibilité d'appliquer les diverses méthodes utilisées chez l'adulte, y compris les traitements de choc, la psychochirurgie et la psychothérapie. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Le phénomène de la préservation dans le Rorschach infantile (Il fenomedella perseverazione nel Rorschach infantile), par Graziella Zecca (de Gênes). (*Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria,* 18e année, fasc. 1, janvier-février 1957, p. 27-38).

L'auteur fait une étude du phénomène de la persévération dans le test de Rorschach chez l'enfant. Partant de formes primitives de la persévération statique, typique de l'enfant très petit, il est possible d'arriver aux diverses formes de passage qui conduisent aux formes plus complexes de la persévération dynamique. Cette recherche permet une révision critique du concept de persévération dans le Rorschach infantile et une évaluation plus adéquate de sa signification clinique, en particulier pour l'exploration des retards mentaux et de quelques désordres psychiques comme les névroses, l'épilepsie. Quelques exemples sont rapportés. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

THÉRAPEUTIQUE

Commentaire sur le coma insulinothérapeutique dans la schizophrénie, par D. Parfitt. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 113, n° 3, septembre 1956, p. 246).

Les résultats dans l'insulinothérapie sont d'autant meilleurs que le coma a eu une plus longue durée et a été plus profond. Il est alors suivi d'un tableau typique de grave dommage organique. Comme cet état est réversible, il doit être considéré comme plus physiologique qu'anatomique ; il s'agit d'une lobotomie physiologique. Dans la schizophrénie, l'électrochocthérapie doit être la première ligne d'attaque avec l'aide de la psychothérapie. Le traitement insulinique doit être réservé aux schi ophrènes qui sont détériorés et il ne doit être continué que si un degré de dommage cérébral physiologique est obtenu après la fin de chaque coma. Les risques de cette lobotomie physiologique sont moins graves que ceux de la lobotomie préfrontale et les résultats sont meilleurs. L'auteur donne les divers moyens thérapeutiques qu'il emploie pour combattre le coma profond et ses suites.

L. Marchand.

Essais chimiothérapeutiques dans les psychoses (frenquel et pilocarpine), par W. Turner et S. Merlès. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 113, n° 3, septembre 1956, p. 248).

Le frenquel (azacyclonol hydrochloride), à la dose de 80 mgr. par jour, n'a donné aucun résultat chez 17 schizophrènes, 2 alcooliques et 7 sujets atteints de psychonévroses. Un essai avec la pilocarpine, à la dose de 10 mgr. par jour, n'a amené aucune amélioration chez 26 sujets sur 27.

L. Marchand.

De l'azacyclonol (frenquel) dans le traitement des schizophrénies chroniques, par J. Barsa et N. Kline. (*The American Journal of psychiatry.* vol. 113, n° 3, septembre 1956, p. 255).

L'azacyclonol est considéré comme antagoniste des produits hallucinogènes. Pour cette raison, on a pensé qu'il pourrait avoir une action favorable chez les sujets hallucinés. Les auteurs ont divisé leurs malades en deux groupes de trente. Le premier groupe reçut deux fois par jour 40 mgr. d'azacyclonol et l'autre 200 mgr. deux fois par jour. Le traitement fut continué durant six semaines. Résultats : dans le premier groupe, un sujet fut amélioré, 24 ne présentèrent aucune modification, 5 furent aggravés. Dans le deuxième groupe, un malade fut amélioré, 27 ne le furent pas et 2 furent aggravés. En présence de ce résultat désappointant, les auteurs associèrent à l'azacyclonol de faibles doses de réserpine ou de chlorpromazine. Plusieurs malades furent alors améliorés. Continuant leurs essais, ils ont donné à leurs 60 malades des doses journalières de 200 à 1.400 mgr. de chlorpromazine. Après trois mois de traitement, 5 malades furent améliorés au point de quitter l'hôpital, 24 furent améliorés, 19 légèrement améliorés et 12 sans

changement. En conclusion, l'azacyclonol, soit seul, soit combiné à des petites doses de réserpine ou de chlorpromazine, est inefficace dans le traitement de la schizophrénie chronique tandis que, avec l'emploi de la chlorpromazine seule à doses élevées, on obtient des résultats supérieurs.

L. Marchand.

Contrôle clinique de l'action de la chlorpromazine, par J. Gibbs, B. Wilkens et C. Lauterbach. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 113, n° 3, septembre 1956, p. 254).

39 malades atteintes de névrose grave ou de psychose aiguë ont été divisées en trois groupes. Le premier a été traité pendant six semaines, à la dose journalière de 75 à 125 mgr. de chlorpromazine et à une séance hebdomadaire de psychothérapie ; le deuxième suivit le même traitement, mais la dose de chlorpromazine a été de 150 à 450 mgr. Le troisième groupe eut le même traitement, mais sans chlorpromazine. Toutes les malades ont été examinées avant et après le traitement au moyen de nombreux tests psychologiques. Dans le premier groupe, on nota le pourcentage le plus élevé de sujets présentant un certain degré d'amélioration ; dans le groupe de contrôle, un pourcentage plus net et une élévation du niveau intellectuel. Ce sont les déprimés qui répondirent le moins bien au traitement. Les sujets très anxieux devinrent plus aptes à la psychothérapie. En résumé, il est peu évident, d'après les données objectives des divers tests utilisés, que les sujets des deux groupes qui ont été traités par la chlorpromazine et la psychothérapie furent plus améliorés que les sujets de contrôle traités par la seule psychothérapie.

L. Marchand.

Le pompage spinal thérapeutique en psychiatrie, par M. Tyndel. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 113, n° 4, octobre 1956, p. 362).

L'auteur a suivi la technique de Speransky, qui consiste en l'extraction de 10 à 20 cc. de liquide céphalo-rachidien par ponction lombaire et sa réinjection rapidement sous une certaine pression. Ce procédé « de pompage » est répété environ dix fois, après quoi, 8 cc. du liquide sont extraits pour prévenir une réaction méningée possible accompagnée d'une augmentation de la pression intracranienne. Cette méthode a été modifiée par Rey-Ardiol, qui remplace le liquide céphalo-rachidien par le liquide d'Elliot, qui a les mêmes propriétés que le liquide céphalo-rachidien moins les protéines. Tyndel a ainsi traité 50 malades chroniques chez lesquels l'électrochocthérapie, la thérapeutique électro-convulsive, les nouveaux produits (réserpine, chlorpromazine) n'avaient donné aucun résultat. Chez neuf sujets, les complications consistèrent en réactions sympathiques et en réactions méningées (augmentation du nombre des cellules et de l'albumine du liquide céphalo-rachidien). Seulement, chez trois malades, on constata une notable amélioration de leur comportement, amélioration qui avait débuté avant l'essai thérapeutique. Comme conclusion, l'auteur reconnaît qu'aucun résultat thérapeutique n'a été obtenu chez ses malades et il ne recommande pas « le pompage » comme traitement des troubles mentaux.

L. Marchand.

Syndrome pseudo-tabétique, complication d'un traitement par médicaments « tranquillisants », par Th. Robie. (*The American Journal of psychiatry*, vol. 113, n° 5, novembre 1956, p. 463).

Le cas concerne un homme de 47 ans, qui présente un tableau clinique de tabès dorsalis : ataxie, signe de Römberg, marche impossible sans soutien, signe d'Argyll-Robertson, faiblesse des muscles du cou, absence de réflexes tendineux, troubles de la parole, mémoire déficiente, sérologie négative. Ce sujet, qui avait subi plusieurs années auparavant une gastroentérostomie, avait suivi comme traitement, d'abord une prescription de 0 mgr. 25 de réserpine durant deux semaines, et ensuite de 25 mgr. de thorazine pendant cinq semaines. Tous les troubles disparurent en dix jours après la cessation du traitement.

L. Marchand.

Nouveaux résultats de la chirurgie du sympathique, par Félix Mandl (de Vienne). (*Médecine et hygiène*, Genève, 14e année, n° 347, 20 décembre 1956, p. 531-532).

L'auteur, qui rappelle son livre, « Blockade und Chirurgie des Sympathicus », paru à Vienne en 1953, étudie les observations faites par lui en 1953-1954, ainsi que la littérature de ces deux années. Il évoque la méthode des injections intramusculaires de sang prélevé sur des malades venant d'être sympathectomisés. Puis sont envisagés les accidents secondaires aux blocages du sympathique, le traitement de la maladie hypertensive, celui de la sclérose vasculaire périphérique, de la thrombose de l'aorte, des thromboses des veines du bassin, de la côlite ulcéreuse, de la causalgie grave. Les résultats sont assez encourageants, mais de nouvelles recherches sont nécessaires.

V.-J. Durand.

L'hydroxyzine (Atarax). Pharmacodynamie et indications cliniques, par Ed. Frommel (de Genève). (*Médecine et hygiène*, Genève, 15e année, n° 353, 20 février 1957, p. 72).

L'hydroxyzine ou atarax est le chlorhydrate de 1-p-chlorobenzhydryl-4-[2-(2-hydroxyéthanol)-éthyl]-diéthylène-diamine. Sa toxicité est faible. Son étude pharmacodynamique montre que ce médicament possède une certaine action anticonvulsivante, un effet antiémétisant, un effet hypothermisant, un pouvoir antalgique. Ses propriétés essentielles sont ses effets adrénolytique, antihistaminique, papavérinique et antalgique-anesthésique. Au point de vue thérapeutique, les principales indications sont les états d'anxiété, d'angoisse, l'émotivité, le « trac », l'instabilité, l'irritabilité, les troubles de la préménopause et de la ménopause, les modifications caractérielles, les spasmes en particulier coronariens et digestifs, le prurit. Le produit peut être utilisé à titre d'appoint dans certains troubles du comportement, des agitations, des syndromes délirants. La posologie est de 30 à 90 mgr. *per os*, chaque jour. Ces doses peuvent être administrées pendant longtemps sans inconvénients. Les effets secondaires signalés sont, parfois de l'agitation, de l'asthénie, de la sécheresse de la bouche.

V.-J. Durand.

Expérience avec la mysoline chez des épileptiques. Considérations préliminaires (Experiencia com o mysoline em epiléticas. Considéraçôes preliminares), par Stanislau Ksyniki et Aldo Miletto (de Juqueri). (*Arquivos do Departamento de Assistência a Psicopatas do Estado da São-Paulo.* vol. 21, janvier-décembre 1955, p. 111-117).

Les auteurs rappellent leur expérience préliminaire avec la mysoline chez dix épileptiques mineures de l'hôpital de Juqueri. Il s'agissait de malades présentant des crises de type grand mal et qui s'étaient montrées résistantes aux thérapeutiques classiques. Une amélioration sensible fut notée chez sept d'entre elles, tandis que deux étaient inchangées et qu'une était aggravée. Il ne fut pas observé de signes d'allure toxique pendant le traitement.

V.-J. Durand.

Note sur les traitements actuels du petit mal épileptique (Nota sobre los tratamientos actuales del pequeño mal epileptico), par D. Perellada. (*Informaciones Psiquiatricas,* San-Baudilio-de-Llobregat, vol. 1, n° 4, 3e trimestre 1956, p. 39-59).

De nombreux travaux ont été consacrés au traitement du petit mal épileptique au cours des dernières années. C'est la tridione qui semble donner les meilleurs résultats. On a réussi à éliminer presque complètement les accidents toxiques en prenant les précautions nécessaires et en surveillant les malades. D'autres médicaments ont été proposés : dimédione, malidone, paradione, acide glutamique, phénurone, benzédrine, atabrine, mysoline, A.C. 148, succinamides. L'association de plusieurs médicaments peut se montrer de grande utilité. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Données préliminaires sur les résultats obtenus avec la chlorpromazine en psychiatrie (Dados preliminares sôbre os resultados obtidos com a clorpromazina em psiquiatria), par Spartaco Vizzotto, Roberto B. Tomchinsky, Josaphat Ferreira Goas et Luiz José Fiore (de Juquerie). (*Arquivos do Departamento de Assistência a Psicopatas do Estado de São-Paulo,* vol. 21, janvier-décembre 1955, p. 21-49).

Les auteurs ont cherché à envisager l'action de la chlorpromazine dans les maladies mentales selon deux points de vue différents : celui des propriétés psychoplégiques, auxquelles peut être rattaché l'effet sur les psychoses endogènes et celui des propriétés neuroplégiques, en particulier action sur la circulation cérébrale et l'œdème cérébral responsables des psychoses dans lesquelles interviennent ces deux phénomènes. En observant les vaisseaux du fond d'œil pendant l'application du médicament, on constate une réduction de leur calibre d'environ un tiers. En ce qui concerne l'action de la chlorpromazine sur la propriété de l'adrénaline d'interrompre le coma hypoglycémique, un effet inhibiteur a été observé. Les résultats obtenus valident dans l'ensemble les données classiques en montrant l'effet très favorable dans le syndrome confusionnel, dans les états à prédominance d'anxiété, dans l'état de mal épileptique et dans le delirium tremens. Chez les grands agités, il y a toujours eu une sédation, bien que les autres symptômes soient

demeurés inchangés. Chez les malades chroniques avec symptomatologie productive, on note une amélioration sensible du comportement, avec possibilité de sortie. Des essais ont été faits, dans la paralysie générale, à titre de sédatif. Deux de ces malades soumis à un traitement prolongé ont été améliorés. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Sur l'emploi de la réserpine en psychiatrie. Considérations préliminaires (Sôbre o emprêgo da reserpina em psiquiatria. Considerações preliminares), par Stanislau Krynski, Cléo S. Lichtenstein et Aldo Miletto (de Juqueri). (*Arquivos do Departamento de Assistência a Psicopatas do Estado de São-Paulo*, vol. 21, janvier-décembre 1955, p. 5-19).

Les auteurs, après une brève analyse et un rappel des principales données connues sur la *Rauwolfia serpentina* et ses alcaloïdes, étudient l'action de la réserpine chez 17 malades atteintes de tableaux d'excitation psychomotrice intense au cours de psychoses endogènes progressives, de psychoses épisodiques, de psychoses systématiques, d'épilepsie et d'oligophrénie. Ces doses furent faibles : 0 mgr. 60 à 0 mgr. 70 chez les mineures, 0 mgr. 40, puis 0 mgr. 80 chez les adultes. Les résultats furent satisfaisants : six rémissions, quatre améliorations. L'augmentation sensible de la posologie apparaît souhaitable aux auteurs. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

La thérapeutique des états de mal épileptiques (La terapia degli stati epilettici), par Roberto Zappoli (de Padoue). (*Rivista di Neurologia*, vol. 26, fasc. 5, septembre-octobre 1956, p. 495-546).

Après une introduction sur les conceptions de l'état de mal épileptique, l'auteur envisage les problèmes posés par les formes rares de la comitialité, s'accompagnant de la rapide succession de crises de types différents. Il étudie successivement : l'état de mal épileptique proprement dit, l'état de mal épileptique jacksonien, ou l'état de mal avec accès de type adversif, les myoclonies épileptiques partielles continues, l'état de petit mal épileptique, l'état crépusculaire épileptique. Les nombreuses thérapeutiques proposées pour ces diverses formes cliniques sont décrites ; leurs résultats très variables et inconstants sont cités. Puis sont rappelés les résultats obtenus dans 17 cas d'état de mal épileptique : quatre d'état épileptique jacksonien, deux avec crises adversives, un de myoclonies épileptiques partielles continues, deux d'état de petit mal épileptique, quatre d'état crépusculaire avec obnubilation intellectuelle et torpeur (deux avec une activité ininterrompue de pointes-ondes et deux avec dysrythmie caractérisée par une prépondérance d'ondes lentes à 4 à 6 cycles-seconde), trois d'état crépusculaire onirique (un par activité paroxystique focale presque continue, les deux autres post-accessuels). Sur ces 17 cas, il y eut trois décès. Les différentes thérapeutiques de ces variétés symptomatiques sont envisagées de façon critique et prudente. En particulier, sont rappelées les discussions sur l'emploi des injections intraveineuses des divers sérums hypertoniques, sur l'utilisation de la chlorpromazine, sur la valeur des traitements chirurgicaux. De très nombreuses références sont faites aux publications récentes des différents pays. Très importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Le méprobamate. Pharmacodynamie. Indications cliniques, par E. Frommel (de Genève). (*Médecine et hygiène,* Genève, n° 347, 20 décembre 1956, p. 540).

L'introduction du méprobamate en thérapeutique constitue un réel progrès. Après avoir rappelé la formule du médicament, l'auteur en précise les propriétés pharmacodynamiques : effet somnifère avec bon réveil, effet hypothermisant, absence d'effet analgésique de type morphinique, action anticonvulsivante et antidotale à l'égard de l'intoxication par la coramine, par le cardiazol, par la strychnine, effet antagoniste contre la benzédrine et l'électrochoc (donc le méprobamate a un effet dépresseur sur la moelle, sur la base du cerveau, sur les régions supérieures du cerveau), action de relaxation. L'auteur ne pense pas que le médicament soit un meilleur somnifère que le phénobarbital. Cependant, chez l'animal, le réveil est exempt de titubation, si l'on emploie le méprobamate. Le sommeil est donc plus physiologique. Ceci simpliquerait par le fait que l'électro-encéphalogramme resterait normal. Au point de vue des indications cliniques, le nouveau produit a été préconisé dans de nombreuses affections : psychonévroses, alcoolisme, psychoses, affections où l'élément nerveux semble jouer un rôle (comme les névrodermites), algies spastiques, douleurs rhumatismales, certains syndromes douloureux. Mais la vogue actuelle du méprobamate dans certains pays vient surtout de son action contre l'anxiété. C'est vraiment « la médication des bien portants ». A ce sujet, une certaine prudence est indiquée. Des abcès sont à craindre. Après un rappel des phénomènes secondaires, la posologie est précisée : une ou deux doses de 400 mgr. pour l'insomnie. En psychiatrie, la posologie est beaucoup plus élevée. En annexe, l'auteur donne quelques indications sur le K 17 ou contergan, sur le suavitil et sur l'atarax. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Quelques aspects nouveaux de la pharmacologie du système nerveux végétatif, par A. Cerletti (de Bâle). (*Médecine et hygiène,* Genève, 15e année, n° 349, 10 janvier 1957, p. 6).

Les travaux sur la pharmacologie du système nerveux végétatif se multiplient. Parmi les plus intéressants, il faut citer ceux concernant la chlorpromazine, la réserpine et la diéthylamide de l'acide D. lysergique. La première se montre inhibitrice pour la formation réticulée du tronc cérébral. Elle freine les fonctions ergotropes. La réserpine a une action toute différente sur la formation réticulée et semble provoquer une inhibition indirecte des centres sympathiques, par exemple en renforçant l'inhibition corticale sur les formations diencéphaliques et mésencéphaliques. La diéthylamide de l'acide D. lysergique produit une activation accentuée du sympathique, mais se montre surtout intéressante par ses propriétés hallucinogènes. On sait que la psychose artificielle provoquée ainsi peut être interrompue à volonté par l'injection intramusculaire de 25 à 50 milligrammes de chlorpromazine. Des recherches sont en cours pour déterminer le rôle de la 5-hydroxytryptamine ou sérotonine et l'antagonisme possible de cette dernière substance et de la diéthylamide de l'acide D. lysergique.

V.-J. Durand.

Les médicaments curarisants dans l'électrochocthérapie avec regard particulier sur l'usage de la succinylcholine (I farmaci curarizzanti in E.S.K. Terapia con particolare riguardo all' uso della succinilcolina), par Pietro Sarteschi et Aldo Giannini (de Pise). (*Rivista di Neurobiologia*, vol. 2, fasc. 4, octobre-décembre 1956, p. 585-620).

Après avoir rappelé les travaux sur l'emploi du curare et des curarisants dans la thérapeutique électro-convulsivante, les auteurs envisagent plus spécialement les sels de succinylcholine. Montrant les avantages, les indications, les contre-indications, ils indiquent que les complications sont très rares. Après avoir décrit les modalités les plus communes de l'application de la succinylcholine, les auteurs précisent leur méthode personnelle. Ils commencent par une injection intramusculaire ou intraveineuse de vagolytiques (atropine et scopolamine), puis font une injection intraveineuse d'un thiobarbiturique, installent l'oxygénateur avant, pendant et après le choc, utilisant des doses assez élevées de succinylcholine (de 60 à 150 mgr.) afin d'obtenir un relâchement musculaire complet et l'abolition totale des manifestations motrices tonico-cloniques. L'électro-choc se fait avec 120-130 volts pendant cinq à huit dixièmes de seconde. La statistique personnelle présentée comprend cinquante malades, atteints surtout de psychoses dysthymiques, d'âge avancé, ayant des troubles cardio-vasculaires ou d'autres affections organiques (tuberculose pulmonaire, ostéopathies, etc.). Tous ont bien supporté le traitement avec une moyenne de sept séances. Il faut signaler cependant une apnée prolongée de huit minutes dans quatre cas, avec contrôle normal par la respiration artificielle. Des électro-cardiogrammes de contrôle ont montré des modifications légères. L'effet thérapeutique, malgré l'absence des convulsions, est comparable à celui des électro-chocs normaux, avec l'avantage d'un meilleur réveil (malades moins confus, moins anxieux) et d'une réduction des amnésies. Les auteurs proposent une plus grande diffusion de l'emploi de la succinylcholine en thérapeutique psychiatrique. Tableaux. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

La réserpine dans le traitement psychiatrique (A reserpino no tratamento psiquiátrico), par Clóvis Martins (de São-Paulo). (*Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 5, n° 3, 1956, p. 197-252).

Après avoir décrit les propriétés pharmacologiques essentielles de la réserpine, ses mécanismes d'action, son pouvoir thérapeutique, l'auteur rapporte les résultats personnels obtenus avec le médicament. Sa statistique comprend 54 femmes, psychotiques et névrotiques, qui ont reçu des doses quotidiennes allant de 4 à 18 mgr., une partie *per os*, une autre par voie intramusculaire. Il s'agissait de malades hospitalisées. Dans l'ensemble, le résultat a été favorable, dans 52 % des cas. Suivant le syndrome clinique présenté, il était possible de distinguer un groupe A avec autisme et négativisme, un groupe B avec excitation et agitation pour lesquels l'amélioration fut notée dans 82,5 % des cas, un groupe C comprenant des dépressions variées, un groupe D avec troubles du jugement et altérations psychosensorielles. Parmi les effets collatéraux ou les incidents, il a été donné d'observer l'intensification des plaintes pour paresthésies ou cénestopathies chez des malades qui en avaient déjà avant le traitement. L'on peut discuter

les conditions d'efficacité du produit. Dans la plupart des cas, l'auteur ne se montre pas favorable à l'hypothèse pharmacodynamique admise par certains et suivant laquelle l'effet dépresseur central répondrait à un blocage ou à une inhibition des incitations afférentes, venant de la périphérie. Les conséquences neuro-pharmacologiques diverses et accentuées de l'emploi de la réserpine montrent qu'il s'agit d'un médicament puissant. Ce corps constitue aussi un important moyen de recherches neuro-physiologiques et psychopathologiques. Tableaux. Figures, Graphiques. Bibliographie.

V.-J. Durand.

L'apomorphine dans le traitement de l'alcoolisme chronique. Revue synthétique et contribution personnelle (L'apomorfina nel trattamento dell' alcoolismo cronico. Rivista sintetica e contributo personale), par F. Zamboneli (de Bologne). (*Rivista Sperimentale di Freniatria,* vol. 81, fasc. 1, 1er janvier 1957, p. 179-195).

Après avoir résumé la littérature relative à l'emploi de l'apomorphine dans le traitement de l'alcoolisme chronique, l'auteur décrit plus longuement les deux principales méthodes : à séances espacées, à séances très rapprochées avec action par effets subintrants. C'est cette dernière technique, préconisée par Feldmann, que l'auteur a appliquée dans ses essais personnels. Elle donne des résultats encourageants. Le traitement doit d'ailleurs être considéré comme un élément à insérer dans un plus vaste ensemble thérapeutique, biologique et psychologique. Il faut faire intervenir deux mécanismes d'action : l'un, à rapprocher des réflexes conditionnés, serait d'une efficacité transitoire ; l'autre, lié à l'influence diencéphalique, entraîne un remaniement plus profond et plus durable. Le devoir du médecin est de continuer à aider l'éthylique à conserver l'équilibre reconquis. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Étude sur l'action du 4.560 R. P. isolé et en association barbiturique dans des cas de psychose schizophrénique (Studio sull'azione del 4560 R P. isolato ed in associazione barbiturica in casi di psicosi schizofrenica), par Luigi Ferrio (de Turin). (*Rivista Sperimentale di Freniatria,* vol. 81, fasc. 1, 1er janvier 1957, p. 196-207).

Des schizophrènes agitées ont été traitées, les unes par la chlorpromazine seule (150 mgr. par jour en injections intramusculaires pendant trois semaines, puis 300 mgr. *per os* pendant quatre semaines), les autres par une association de chlorpromazine et de barbiturique (150 mgr. injectables de chlorpromazine, plus 60 cgr. d'amytal sodique par jour pendant trois semaines, puis 300 mgr. de largactil *per os,* associés à 60 cgr. d'amytal sodique pendant quatre semaines). Dans l'ensemble, le traitement associé donne des résultats meilleurs, mais moins durables que l'emploi de la chlorpromazine seule. Dans certains cas, particulièrement favorables, le tableau clinique prend une allure paraphrénique. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La séance ordinaire du mois de mai de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 mai 1957*, à 15 heures, au siège de la Société, 12, rue de Seine, Paris (VI[e] arrondissement). Elle sera suivie d'une séance solennelle, au cours de laquelle une médaille sera remise au D[r] René Charpentier.

La prochaine séance ordinaire du mois de juin de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 juin 1957*, à 15 heures 30, au siège de la Société, 12, rue de Seine, Paris (VI[e] arrondissement).

La séance ordinaire et unique de juillet aura lieu le *8 juillet 1957* (l'heure et le lieu de cette réunion seront indiqués dans le numéro de juin.

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

M. le D[r] Michel a été nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'établissement public de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), poste créé.

(*J.O.* du 18 avril 1957, p. 4118).

M. le D[r] Biéder est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Leyme (Lot), en remplacement de M. le D[r] Heyward, appelé à d'autres fonctions.

(*J.O.* du 28 avril 1957, p. 4440).

Mutations

M. le D Roelens, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Breuty-la-Couronne (Charente), est muté, en qualité de médecin-chef, à l'hôpital psychiatrique Gérard-Marchand, à Toulouse (Haute-Garonne), poste créé.

(*J.O.* du 18 avril 1957, p. 4118).

Vacances de postes

La vacance d'un poste de médecin-chef est envisagée à l'hôpital psychiatrique de Breuty-la-Couronne (Charente).

(*J.O.* du 18 avril 1957, p. 4121).

S'adresser dans un délai de trois semaines, à compter du présent avis, au secrétariat d'Etat à la santé, direction de l'administration générale du personnel et du budget, 7, rue de Tilsitt, Paris, 17e.

Directeur-gérant : Olivier GARAND.

MASSON et Cie Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1957 (2e trimestre). — Numéro d'ordre : 2.371
Cahors Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 90.937. — 1957

ANNALES

MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR :

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :

PAUL ABÉLY

115e Année - T. 1 - No 1

Janvier 1957

MASSON & Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATION PERIODIQUE
PARAISSANT 10 FOIS PAR AN

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS REDACTEURS EN CHEF (1843-1956)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),
LUNIER, FOVILLE, RITTI, Henri COLIN, René CHARPENTIER

Directeur-Gérant : Olivier GARAND
Rédacteur en Chef : Paul ABÉLY

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. X. ABÉLY, H. BARUK H. BEAUDOUIN, P. BEAUSSART, P. COMBEMALE, P. COSSA P. COURBON, J. DELAY, P. DELMAS-MARSALET, J. DUBLINEAU, J. EUZIÈRE, H. EY A. FRIBOURG-BLANC, P. GUIRAUD, J. HAMEL, G. HEUYER, D. LAGACHE, J. LAUZIER J. LÉPINE, J. LHERMITTE, L. MARCHAND, L. MICHAUX, E. MINKOWSKI, P. NAYRAC N. PERON, H. PIERON, A. POROT, G. RAVIART, M. RISER, Th. SIMON, H. WALLON.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1956)

(L'abonnement part du 1er janvier)

France et Union Française	**3.900 frs**
Belgique et Luxembourg	**600 frs belges**
Autres pays	**$ U.S.A. 12**

(Ces prix sont également payables au cours des règlements commerciaux, le jour du paiement).

Changement d'adresse : 50 fr.

COLLECTIONS DISPONIBLES, CONDITIONS SUR DEMANDE

Années 1843 à 1955

Les années *1844*, *1846*, *1847*, *1854* et *1860* sont épuisées.

Les années *1843*, *1848*, *1853*, *1874*, *1907* et *1948* sont *rares* et ne peuvent être acquises qu'avec la collection.

L'année mixte 1914-1915 forme 2 volumes. L'année 1916 et l'année 1917 formant chacune un volume sont réunies pour la vente en une année mixte.

Tables

Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866), 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878), 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930), 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome IV (1931 à 1950), 1 vol.

Chacun de ces 4 volumes contient une table alphabétique par noms d'auteurs et une table analytique des matières.

Cinquantenaire de la Société médico-psychologique, 1902, 1 vol.
Centenaire des Annales médico-psychologiques, 1943, 1 vol.
Centenaire de la Société médico-psychologique, 1952, 1 vol.

Les *Annales médico-psychologiques* forment chaque année 2 volumes in-8°.

(Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus)

Adresser tout ce qui concerne la Rédaction au Dr Paul ABÉLY,
Hôpital Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe).

MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

Table générale et alphabétique

TOME IV

(1931 à 1950)

Un volume de 858 pages..... 5.000 fr.

(plus frais d'envoi : 200 fr.)

PRÉCÉDEMMENT PARUS :

Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866), 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878), 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930), 1 vol.

Ces 4 volumes, contenant chacun une « table alphabétique par noms d'auteurs » et une « table analytique des matières » constituent l'unique répertoire bibliographique des travaux neuro-psychiatriques publiés depuis 1843.

COLLECTIONS DU

Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale

depuis sa fondation en 1908

17 volumes brochés avec nombreuses figures dans le texte et planches hors texte (Tomes I à XV et XVIII). Années 1908 à 1928 et 1930. Le tome XVII (1929) est épuisé

Médecine mentale de guerre. N° spécial, décembre 1917

Conditions sur demande

CLINIQUE MEDICALE

DE

CHAILLOT

15, Rue Boissière, PARIS-16e

Téléphone : KLEber 59-56

Docteur GARAND *Docteur MIGAULT*

Anciens Chefs de Clinique à la Faculté de Paris

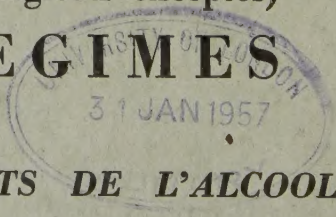
●

MALADIES DU SYSTEME NERVEUX

MEDECINE GENERALE

(Contagieux exceptés)

REGIMES



TRAITEMENTS DE L'ALCOOLISME

Published in France.